

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

HELENA ARMINDA LOPES

**A GRAVIDEZ E A MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: UM
ESTUDO A PARTIR DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE-SACO
GRANDE**

**FLORIANÓPOLIS
2004**

HELENA ARMINDA LOPES

**A GRAVIDEZ E A MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: UM
ESTUDO A PARTIR DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – SACO
GRANDE**

Trabalho de conclusão do curso apresentado ao Departamento de
Serviço Social da Universidade federal de Santa Catarina para
obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

ORIENTADORA: Professora Dra. Regina Célia Tamasso Miotto


Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS/SC
2004

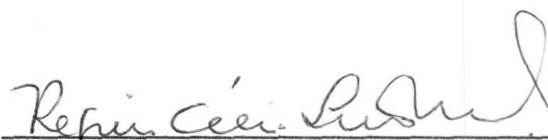
DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 07/12/04

HELENA ARMINDA LOPES

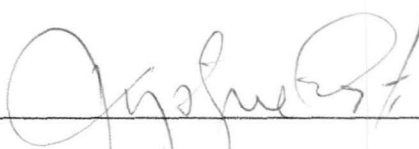
**A GRAVIDEZ E A MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO A
PARTIR DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – SACO GRANDE**

Este trabalho de conclusão de curso foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do **Título de Bacharel em Serviço Social** e aprovado, atendendo as normas da legislação vigente da universidade Federal de Santa Catarina, curso de Graduação em Serviço Social.

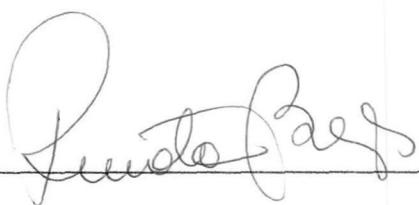
BANCA EXAMINADORA:



Presidente: Regina Célia Tamasso Mioto
Professora Dra. Departamento de Serviço Social-UFSC



Krystyna Matys Costa
Professora Dra. Departamento de Serviço Social-UFSC



Médica: Remata Borges
Mestre em Sociologia Política pela- UFSC

DEDICO

A Deus e a Jesus Cristo pela vida e pela presença permanente

Ao meu primo, a quem faço questão de destacar o seu nome (Armando G. Barbosa), pois sem ele seria impossível realizar um dos meus grandes sonhos-obrigado por fazer parte de mim, não só como família, mas como amigo, professor e etc etc...

A minha mãe, pela coragem e determinação, exemplo de mulher batalhadora.

Ao meu pai, que, mesmo em outra dimensão, me acompanha (tenho certeza que esta assistindo e aplaudindo) [in memória].

Ao meu amor, pela compreensão, carinho, respeito e paixão apesar da distância.

I DEDICATE

The God and the Jesus Christ for the life and the permanent presence To my cousin, to who I make question to detach its name (Armando G. Barbosa), therefore without it would be impossible to carry through one of my great dream-debtor for being part of me, not only as family, but as friend, professor and etc etc...

My mother, for the courage and determination, example of fighting woman.

To my father, who, exactly in another dimension, me folloies (I am certain that this attending and applauding) [in memory].

To my love, for the understanding, affection, respect and passion despite the distance.

Agradecimentos

Destino este espaço a fazer uma singela homenagem a determinadas pessoas ou personalidades e instituições conhecidas e desconhecidas que de alguma forma ajudaram e/ou acreditaram, apostaram em nós. Alguns por já nos conhecerem pessoalmente, outros com o único objetivo e para nós o principal, o de ajudar investir na formação de recursos humanos, pois acredita-se que só através disso que o mundo desfrutará da cultura da paz que se almeja.

Espero não decepcionar aqueles que acreditaram em mim. Aproveito para registrar aqui as minhas desculpas a todas e todos que me acompanharam nesta caminhada que eu tenha/venha ferir, magoar com algum gesto, palavra. (QUERO QUE SAIBAM QUE NÃO FOI E NEM SERÁ INTENCIONAL).

Os meus agradecimentos aos **Governos da República da Guiné-Bissau e da República Federativa do Brasil:**

Por ter me proporcionado através da cooperação, acordo bilateral a formação acadêmica superior em uma das mais conceituados IES brasileiras, o meu MUITO OBRIGADA!!!.

À UFSC.

A todos os seus/suas centros, departamentos, colegiadas, coordenações, secretárias, escritórios, especialmente, a Reitoria e suas divisões, o Departamento de Serviço Social e Escritório de Assuntos Internacionais-ESAI o meu MUITO OBRIGADA!!!

Fica registrado aqui um carinho muito especial para Reitoria na pessoa do reitor prof^o Lúcio J. Botelho e ao ESAI na pessoa do seu ex-diretor prof^o Louiz e a direção atual Prof^o Nivaldo C. Kuhnen, Zulmera, Delvina e todos os outros funcionários e estagiários o meu MUITO OBRIGADA!!!

Ao Departamento de Serviço Social:

A todos/ todas professores que me acolheram e me ensinaram aos quais destaco a Regina Mioto, a Marli Palma e Krystyna Costa o meu agradecimento também por me apoiarem no momento mais difícil da minha vida, o meu MUITO OBRIGADA!!! Serei a vossa eterno aprendiz.

MUITO OBRIGADA!!! **Mioto** por aceitar o desafio de me orientar e podes crer que foi também um desafio para mim escolher-te como orientadora pois a responsabilidade é muito grande no sentido de

Ao sr. Correia João, muito tenho a te agradecer mas não sei por onde começar... tu sabes...mas Deus vai te recompensar por tudo. Obrigado por ser um dos pilares que sustentaram e continua sustentando esta construção que esta só começando, o meu MUITO OBRIGADA!!!

Roberto Ferreira Cacheu:

Ao senhor Ferreira Cacheu, tenho muito a agradecer seu empenho na minha formação. Permita-me estender este agradecimento a todos amigos que nos acompanharam e que nos acompanham mesmo em outra dimensão, o meu MUITO OBRIGADO!!!

À Augusta, Andreia, Linda, Antônio, César, Valentim, Dinho, Rui Filipe, Noemi, Joel, Angelina, Carlos-Lito, Domingas, Lourenço, Marciano, Maria Rosa... o meu MUITO OBRIGADA!! Amo vocês.

Aos amigos e colegas:

À comunidade africana em geral, Josué, Oulimata, Paula, Ana, Telita, Jaime, Marcília, Gabriel, Abdou entre outras e em particular a guineense em Florianópolis e no Brasil da qual destaco: Maram, Genésio, Leontino, Santos, Faustino, Wilson, Balde, Fadul, Joviana, Solange, Yolanda, Lili, Apolinário, Alfredo, Ansumane, Gaudência, p. Toninho, Castreze e outros. MUITO OBRIGADO!! Pelo carinho e apoio prestado num dos momentos mais difíceis da minha vida.

À Fernanda Borba, Danielle, Vera, Rosangela, Fancielle, Telma, Josiane, Cleidiamar, Roberta, Ane, Ondina, Anny Mery, Antonieta, Ângela, Renata, Yuri e outros o meu MUITO OBRIGADA!! Pelo apoio.

Enfim, agradecer a todos que fizeram e fazem parte desta construção e da minha vida, seria escrever um livro com mais de mil páginas, portanto, como vocês estão vendo, nem este TCC daria conta de um quarto dos agradecimentos, mas quero de fundo do coração vos dizer que foram importantes, tanto quanto os nomes que estampam este espaço, o meu MUITO OBRIGADA!! Por fazerem parte desta construção.

corresponder. Serei sempre a sua aprendiz e a sua admiradora. OBRIGADA!!! Por não ser só a minha professora mas também por ser aquela pessoa com quem pude e posso contar para o que der e vier. Por me aceitar no seio da sua família, a todos o meu muito OBRIGADA!!! A você **Beatriz** que sempre mostrou atenção e carinho em saber da minha família MUITO OBRIGADA!!

À supervisora de estágio Magda Cherer MUITO OBRIGADA!!

À Renata por ter aceitado o convite de participar da Banca Examinadora MUITO OBRIGADA!!

À minha mui mui especial amiga e toda sua família por me hospedar e a minha casa. Diga a minha casa porque não só a mim mas toda a comunidade africana que cá se encontra serei e seremos eternamente gratos a vocês **Antonacci Ramos, Célia e Nano!** Não tenho palavras para vos agradecer, pois por mais que eu tente, não serei capaz de expressar tudo o que vos devo, portanto, o meu MUITO OBRIGADA!!

Um obrigado muito especial também para a Fabiana que me levou para dentro da sua família e a partir de lá passei/passamos a fazer parte desta família MUITO OBRIGADA!! Mamãe, papai e Leandro.

Da mesma forma que infiro aqui com muito carinho a Tatiana, Mariana e toda a família Alonso o meu MUITO OBRIGADA!!

Presto os meus agradecimentos ao Sr. Armindo Gomes Barbosa pelas exigências feitas durante esta etapa que se finda hoje mas que na verdade, começa a partir de hoje, o meu MUITO OBRIGADO!!!.

Quick my gratefulness to Mr. Armindo Gomes Barbosa for the requirements made during this stage that if find today but that in the truth, it starts from today on, VERY OBLIGED FOR THE CONFIDENCE!!!

Famílias:

A família Armindo (a) Lopes; Da Silva; Gomes Barbosa; Gomes; Hopffer Fernandes; Aló Fernandes; agradeço pelo privilégio de pertencer a esta linda família e poder contar com os vossos ensinamentos de como se deve trilhar determinados caminhos para poder conseguir maiores êxitos com as minhas próprias pernas, MUITO OBRIGADA!!!, quero estender este agradecimento a todos (as) que não citei aqui mas que compõem esta grande família.

Armando João Correia :

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo discutir a questão da gravidez e a maternidade na adolescência a partir do Estudo Social das adolescentes que freqüentam o grupo sócio-educativo realizado na Unidade de Saúde Saco Grande/ Florianópolis-SC. O estudo aborda o contexto socioeconômica e cultural das adolescentes suas familiares, ou seja, procura-se abordar de forma analítica a situação vivida pelas adolescentes, suas famílias e a proteção social que têm para arcar com as suas responsabilidades de ser mãe, ou ainda, com o seu “desejo” de construir uma nova família. O presente estudo permitiu o conhecimento de outras dimensões da gravidez e a maternidade na adolescência. Constatou-se quanto a escolaridade destes adolescentes aquilo que, quase todas as pesquisas já vinham mostrando, o baixo nível de escolaridade, embora observou-se um grande desejo, vontade destas voltarem as salas de aulas o que é pouco provável pela própria história familiar e pela ausência de suporte assistencial estatal que garante a integralidade das ações como preconizado pelas legislações (Constituição Federal, SUS, Estatuto da Criança e do Adolescente e na LOAS).

Enfim, este trabalho permitiu concluir que há muito a ser feito para os adolescentes no que diz respeito as ações sócio-educativas com carácter multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar em prol de um atendimento bio-psico-social.

Unitermos: gravidez e a maternidade na adolescência, ações sócio-educativas, cultura, proteção social e a dependência familiar.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1. A MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: EM CONFLITO COM OS TEMPOS ATUAIS	16
1.1 Adolescência: breve contextualização	16
1.2 A emergência do conceito da adolescência	17
1.3 Adolescência uma das etapas do ciclo vital	19
1.4 Gravidez e maternidade na adolescência: tema em debate	24
2. O SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO SACO GRANDE E O ESTUDO SOCIAL DAS ADOLESCENTES PARTICIPANTES DO GRUPO SÓCIO-EDUCATIVO	33
2.1. Serviço Social na Unidade Básica de Saúde do bairro Saco Grande	33
2.2. O grupo com adolescentes na Unidade Básica de Saúde-Saco Grande	41
2.3 A gravidez e a maternidade na adolescência: Conhecendo os atores	43
2.3.1 Algumas informações sobre as adolescentes gestantes	43
2.3.2 Alguns dados sobre a família das adolescentes	44
2.3.3 A vida sexual das adolescentes.....	45
2.3.4 A Descoberta da Gravidez: as adolescentes, seus parceiros e suas famílias.....	48
2.3.5. As perspectivas das adolescentes sobre a escola, trabalho e profissão	54
2.3.6 As adolescentes, as instituições e as relações comunitárias.....	57
3. GRAVIDEZ E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA : UM DEBATE	

NECESSÁRIO	61
3.1 A gravidez e maternidade na adolescência X estatísticas	62
3.2 Mudanças na vida das adolescentes	64
3.3. A proteção social das adolescentes	70
3.4. A Gravidez e Maternidade na Adolescência: Ausência do Estado e à dependência familiar	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS.....	85

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso procura discutir a questão da gravidez e maternidade na adolescência, a partir da nossa inserção no estágio curricular obrigatório em uma unidade de saúde através do Programa Docente Assistencial (PDA). Trata-se de um programa articulado entre a Universidade Federal de Santa Catarina e a Prefeitura Municipal de Florianópolis objetivando o apoio à formação de recursos humanos para os serviços de saúde. Através do PDA, os alunos universitários desenvolvem atividades curriculares, visando uma nova estratégia na formação dos profissionais de saúde e sua preparação para o modelo assistencial de saúde da família.

A adolescência, segundo a Organização Mundial de Saúde, é o período compreendido entre 10-19 anos de idade, definido com base no desenvolvimento biológico, isto é, desde o começo da puberdade até o completo amadurecimento sexual e reprodutivo; o desenvolvimento psicológico desde os padrões cognitivos e emocionais infantis até as características da fase adulta (VELHO, 2003).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei 8069/1990 considera a adolescência como o período compreendido entre 12 aos 18 anos de idade. Segundo o Estatuto, o adolescente é um ser em desenvolvimento que goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei.

O número de adolescentes no mundo supera um bilhão e na América Latina e Caribe o aumento dessa população foi de 138% no período de 1960-1990: de 40.1 milhão passou para 95.7milhões, o que significa que os adolescentes representam por volta de 20% da população

dos países. Dessa população, as informações são de que tem ocorrido um aumento progressivo da gravidez na adolescência, tanto na região, como no mundo. Este fato vem constituindo uma das grandes preocupações das autoridades, considerando-o como um dos problemas de saúde pública mais relevante da atualidade e precisa ser combatido. No Brasil, o contingente feminino constitui a maioria da população e segundo os dados do Ministério de Saúde, mais de 50% das adolescentes brasileiras entre 15 a 19 anos, com baixa escolaridade tem pelo menos um filho.

O interesse por esta discussão partiu da inquietação da centralidade do tratamento biologista/clínico sobre a questão, que embora bastante criticado por alguns estudiosos que trabalham sob a ótica do conceito ampliado de saúde (a qual me associo), ainda é dominante a concepção biomédica.

Desta forma, pretende-se neste trabalho, discutir a questão da gravidez e maternidade na adolescência a partir do estudo social das adolescentes que freqüentam o grupo sócio-educativo realizado na unidade básica de saúde do bairro Saco Grande. As explicações atuais sobre o fenômeno nos remeteram a inquietações quanto à verticalidade e à parcialidade no tratamento da questão, sem um conhecimento aprofundado das outras dimensões da realidade social das adolescentes. Assim, pergunta-se qual o significado deste acontecimento na vida dela/deles? Quais as redes sociais e o suporte assistencial que tem para enfrentarem a realidade da gravidez/maternidade? Quais as perspectivas de futuro?

Nesta perspectiva, estruturamos o trabalho em três capítulos. No primeiro capítulo contextualiza-se de forma breve a emergência do conceito de adolescência e suas definições. Ainda no primeiro capítulo, trabalha-se a questão da maternidade na adolescência e ser adolescente gestante: a simultaneidade do processo transicional.

No segundo capítulo descreve-se a proposta de trabalho do serviço social na unidade básica de saúde do Saco Grande e o estudo social das adolescentes participantes do grupo sócio-educativo nesta unidade.

No terceiro e último capítulo, faz-se a análise da situação vivida pelas adolescentes, suas famílias e a proteção social que têm para arcar com as suas responsabilidades de ser mãe, ou seja, com o seu “desejo” de construir uma nova família.

1. A MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: EM CONFLITO COM OS TEMPOS ATUAIS

1.1 Adolescência: breve contextualização

A população adolescente, entre dez e dezenove anos da atual geração, constitui o maior contingente de pessoas de toda história da humanidade. No Brasil, também registra-se isto, no último censo feito pelo IBGE (2000), onde as pessoas com idade entre quinze e dezenove anos compõem a faixa etária mais expressiva da população do país. Dois anos mais tarde, este fato foi confirmado pelo relatório da UNICEF (2002) sobre infância e adolescência brasileiras, no qual registra que os adolescentes constituem 21% da população. Nunca houve no passado, um grupo populacional nessa idade tão significativo em número e importância social em todo mundo. Nas últimas décadas, houve uma rápida transformação de estrutura etária da população brasileira, fruto de profundas mudanças e processos econômicos, sociais, culturais e demográficos, ocorridos na sociedade desse país, que teve como consequência a queda da fecundidade e o aumento do tempo de vida da população. Isto por sua vez resultou em motivos e implicações importantes para a elaboração de políticas sociais, voltadas especificamente para o público-alvo notavelmente jovem e aos idosos pelo aumento da expectativa de vida (BAENINGER, 1999).

As mudanças sociais, comportamentais e tecnológicas do mundo moderno ocorrem em ritmos diversos, nos diferentes países e regiões. O avanço dos meios de comunicação em quase todo planeta, torna possível a disseminação de informações acerca dos costumes e tradições de diferentes povos e culturas, fazendo que sejam assimiladas idéias e

comportamentos por diversas pessoas em todo o globo e em tempos simultâneos. Tal desenvolvimento traz mudanças externas que acontecem com tanta rapidez, que a incorporação destas, pelas pessoas, em termos de reelaboração verdadeira de valores, não se processa. Com isso, não se verifica a ocorrência de uma reestruturação interna adequada para uma assimilação e utilização amadurecida de novos comportamentos. Há um nítido descompasso entre o que acontece no mundo externo e no mundo interno das pessoas, principalmente no dos jovens. Estes crescem neste contexto de desafios e novas possibilidades tanto para eles próprios, quanto para todos aqueles que os criam, os educam, e os cuidam, seja no familiar, ou seja, no profissional (VELHO, 2003).

Assim, a adolescência deve ser considerada um fenômeno do desenvolvimento humano, que se expressa de acordo com circunstâncias de ordem geográfica, temporal e sociocultural. Tais aspectos influem na manifestação da adolescência, somados aos elementos biopsicológicos.

1.2 A emergência do conceito da adolescência

Através da revisão bibliográfica feita pela Borges, (1999) a qual tivemos acesso dá conta que a palavra adolescente surgiu em meados do século XX, precisamente em 1904 nos Estados Unidos da América, quando o psicólogo americano G. Staley Hall lançou um livro intitulado “Adolescence: Its Psychology and Education”. E ainda explica que alguns autores, como Hurrelmann (1996), Luckner (1997) e Roland (1994), apontam que a emergência deste fenômeno esteve relacionada às mudanças econômicas, demográficas, políticas e culturais

trazidas pelo processo de modernização e industrialização, bem como pelo estabelecimento de um sistema escolar compulsório.

Algumas obras que tivemos acesso durante a revisão bibliográfica sobre a temática, tais como Langer (1986); Ariès, (1981) e outros dão conta de que há controvérsias quanto à existência de uma verdadeira noção de adolescente, antes do século XVIII e XIX. Nas sociedades pré-industriais o sistema de produção domiciliar, se assim podemos dizer, ou seja, o espaço de produção de bens e serviços se dava em conjunto com o de reprodução dos homens. A emergência desta nova forma de produção que separou o espaço de produção de bens e serviços da o de reprodução humana teve grandes impactos no seio familiar, essas mudanças fez com que a família se reorganizasse em função do grande espectro da modernidade.

X O trabalho nas fábricas levou os adultos para fora do lar, fazendo com que estes construíssem uma rede social de relacionamentos em seus locais de trabalho e separando adultos e crianças durante suas rotinas diárias. Vale frisar que esta estratégia de separar as crianças de suas mães se de um lado, foi a “preocupação com a criança não madura para a vida, da qual surgiu a necessidade de submetê-lo a um regime especial de cuidados antes de deixá-la entrar no mundo de adultos, juntamente com instituições, especialmente, a escola e o exército, que culminou com a criação deste período de vida chamado adolescência”(ARIÈS, 1989 apud Borges, 1999) .

Por outro lado, foi uma estratégia para manter os adultos livres e longe de crianças para não interromperem a produção, pois a lógica da produção em massa é a do excedente/ mais valia, ou seja, produzir além do necessário. Nesta ordem de idéia, o que interessava aos donos de grandes indústrias, era a produção de bens e serviços e adaptação da força de trabalho (homens) ao sistema, mecanizando-o. No período pré- industrial, a maior parte das famílias viviam nos meios rurais, onde jovens e adultos trabalhavam juntos para própria subsistência, no qual desenvolviam as atividades semelhantes às dos adultos. Nesta direção, a

adolescência era um período da vida absorvido e confundido com a infância, do qual se saía para entrar no mundo adulto (HURRELAMANN, 1986 *apud* BORGES, 1999).

Desta forma, a adolescência é uma das criações da sociedade industrial, uma construção histórica da classe média burguesa. No Brasil não foi diferente, pois autores como Campos, (1986) alegam a inexistência de um período caracterizado como adolescência entre infância e vida adulta. Freyre, (1963) em “Casa Grande e Senzala” *apud* Borges, (1999), conta que “[...] para as meninas o dia da primeira comunhão era considerado a passagem da infância para sinha-moças [...]. No entanto, explica Borges, (1999), que as contribuições da Antropologia Cultural e da História Social enfatizam o caráter histórico-social e não biológico da infância e adolescência.

Reis, (1993) *apud* Borges, (1999) coloca que existe um certo descompasso na perspectiva ocidental de aplicação do conceito de adolescência, de forma indistinta, ao universo total dos gêneros masculino e feminino, pois a emergência deste conceito é uma construção a partir da compreensão do conjunto histórico das experiências masculinas.

Os autores das áreas sociais e culturais enfatizam a importância do caráter histórico-cultural e social desta construção da modernidade chamado adolescência. Para Osório (1992), não se pode compreender a adolescência estudando separadamente os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, que são indissociáveis, uma vez que o conjunto de características é que confere unidade ao fenômeno da adolescência.

1.3 Adolescência uma das etapas do ciclo vital

A adolescência é uma etapa da vida marcada por mudanças físicas, psíquicas e sociais. Período de grandes conflitos e descobertas diante das relações sociais, educacionais, de saúde-doença e comportamentais que o circunscrevem. A adolescência é vista como uma fase em que o ser humano passa por profundas e marcantes transformações. O adolescente busca reconfiguração, resignificação; aquilo que alguns autores chamam de crise de identidade. Diante dessa complexidade de sentimentos e sensações, Osório (1992), refere-se à adolescência como um muro de vidro:

[...] não há portas nem passagens, só a disposição de crescer pode transpô-lo. quem tenta escalá-lo só o fará após muitos escorregões, quem ousa parti-lo há de ferir-se com os seus estilhaços. Do lado de cá há reminiscências da ternura e aconchego; do outro, há promessas de conquistas e êxtases.

Esta afirmação mostra as peculiaridades desta fase de transição que se manifesta conforme o ambiente social, econômico e cultural em que o adolescente encontra-se. Para Outeiral (1994), “[...] muitos fatores podem contribuir para o adolescer às vezes mais cedo do que a idade determinada; desses, pode se considerar o ambiente de convívio com os outros e o desejo de assumir posturas dessa idade”.

Aberastury (1990) refere-se à adolescência como uma essencial necessidade de entrar no mundo adulto. Para atingir a tal ponto, o adolescente convive com as transformações por que passa o ser humano nesta fase: modificações corporais, que compõem a essência da puberdade, o desenvolvimento dos órgãos sexuais e da capacidade de reprodução. Essas modificações são vividas pelo adolescente como interrupção de um papel para assumir um novo papel transformando sua posição frente ao mundo. A adolescência é considerada um momento marcante de contradições, confuso, ambivalente, doloroso, quando a pessoa depara com as questões familiares e ambientais. O adolescente não crê ter limitações, estando sempre

à procura de novos desafios, impetuoso mas ao mesmo tempo, imaturo e inseguro. Um dos desafios é a renúncia do corpo de criança, a perda da identidade construída até então com a sua verdade ou identidade infantil. O debate sobre a adolescência ganhou incrementos nas últimas décadas. Segundo Osório (1992), o que era até então considerada uma etapa de transição entre infância e a idade adulta, vem sendo considerada como aquele momento que marca no indivíduo não só a aquisição de traços e imagem corporais definitivos, mas também a estruturação da personalidade.

A adolescência é para autores como Takiuti (1997), Calligaris (2000), Batista Neto (2000), Aberastury (1992), uma fase de profundas e bruscas transformações, acionada por uma especial sinergia de fatores biológicos, psíquicos, sociais e culturais e ocorrida no período que transcorre a segunda década da vida (10-20 anos).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001 *apud* Velho, 2003) define adolescência como o período de vida no qual o indivíduo adquire a capacidade de reproduzir-se, transita dos padrões psicológicos da infância à adultez e consolida a sua independência econômica. Além desta conceituação de cunho prático, segundo Velho, (2003), a OMS define a adolescência baseados nos critérios de: desenvolvimento biológico (desde o começo da puberdade até o completo amadurecimento sexual e reprodutivo); desenvolvimento psicológico (desde os padrões cognitivos e emocionais infantis até as características da fase adulta); emergência de uma etapa de total dependência sócio-econômica, para outra de relativa independência.

Nesta perspectiva, a adolescência é um período de transição, e os desafios afrontados pelos adolescentes seriam desafios de desenvolvimento. A estes se somam as adaptações às mudanças fisiológicas e anatômicas, relacionadas com a puberdade, que ainda soma-se à

integração de um amadurecimento sexual em um modelo pessoal de comportamento, ou seja, o afastamento progressivo dos pais e da família e o estabelecimento de uma identidade individual, sexual e social por meio da relação com seus companheiros, da utilização de uma habilidade individual enriquecida, e do desenvolvimento dos potenciais para atividades ocupacionais e de desenvolvimento. Portanto, considerando este período hormonal que provoca modificações corporais característicos da puberdade, uma ocorrência biológica específica onde o jovem se percebe em meio às novas relações consigo mesmo, com a família, com o seu grupo social e com o sexo oposto ou não. Além disso, precisa estabelecer um novo relacionamento com a sua imagem corporal que se modifica, sem que ele tenha sobre tal fato, o menor interferência e atuação. Estas ocorrências, precisam ser enfatizadas em todas as dimensões: físicos, sociais, comportamentais e psicológicos que se assentam sobre uma base biológica desencadeante de um processo que abrange diversas outras conotações muito mais amplas, que apenas o evoluir físico da natureza humana, ou seja, o discurso biomédico (principalmente de ginecologistas e obstetras), centrado nos aspectos biológicos do processo, colocando em segundo plano outros componentes de suma importância que fazem parte do período. Desconhecê-los ou subestimá-los, desfavorece sobremaneira o trabalho com essa faixa etária. Considerando as multiplicidades deste processo de adolescer e mais a gestação, ou seja, gravidez e maternidade na adolescência é que aceitamos este desafio árduo e ousado buscando ou associando aos estudiosos ou escritores, embora, em um número pequeno diante do discurso dominante mas que vem discutindo de forma incansável a integração das dimensões sócio-econômica e histórico-cultural da temática que envolve a adolescência e a gestação na adolescência.

A vida é uma sucessão de acontecimentos, em cada etapa o ser humano experiencia

momentos diferenciados, singulares, próprios. Primeiro criança, depois púbere, adolescente, jovem adulto e mulher/homem maduro (a). A cada alteração, a mulher assume um novo papel e o futuro vai descortinando-se. Como parte de empreendimento de tornar-se mulher, está a busca de caminhos que se ajustem aos anseios de realizações físicas, psíquicas, emocionais e sociais. O papel de procriação é muito valorizado e importante para a mulher e para aqueles que a rodeiam. Desde a infância até a idade adulta ocorrem mudanças que exigem adaptações ou modificações também nas relações com o mundo, com o modo de pensar e agir. Encontrar uma nova forma de enfrentar e adaptar-se à nova situação exige da mulher a criatividade para lidar com as suas experiências, criando formas de ampliar os vários papéis do ser mulher.

Dentre as experiências vivenciadas pela mulher está a gestação inserida em um contexto de transições. No Brasil, o contingente feminino constitui a maioria da população, os dados do IBGE (1996) dão conta de que 157.079.573 habitantes 50,69% são mulheres, considerando as especificidades populacionais significativas, pela precariedade da atenção dedicada, pelas particularidades femininas de saúde e doença, pelas desigualdades impostas, pelo sistema de produção capitalista, questões de gêneros, entre outras, surgiram estratégias, principalmente deste último, no sentido de melhorar a assistência e relação à saúde da mulher.

Nesta direção, o Ministério de Saúde propôs a implantação, em nível nacional, do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983. Apesar desta conquista, no que cerne a saúde da mulher, ainda persistem as precárias condições de atendimento, isso se evidencia mais no tocante à gestação, com os índices de mortalidade materna que incomodam o setor da saúde, o que nos induz a seguinte interrogação: será que o modelo atual vai ao encontro com as exigências da mulher como ser social reprodutivo?; ou a mera manutenção dela como um ser reprodutor, visto ainda na ótica da medicina- aspectos

biológicos? É nesta direção que pretendemos trazer discussões reflexivas sobre a mulher, neste caso, a gravidez e a maternidade na adolescência, entendendo a mulher no contexto geral, sócio-econômico e histórico-cultural considerando-a parte integrante da sociedade e sujeita às modificações e mudanças desta.

Diante destas peculiaridades da adolescência, pretende-se discutir de forma reflexiva, o debate que envolve a gravidez e maternidade na adolescência na perspectiva da assistência às adolescentes.

1.4 Gravidez e maternidade na adolescência: tema em debate

O debate que envolve a gravidez e maternidade na adolescência vem sendo mais polemizado no contexto nacional e internacional, principalmente por aqueles que lutam por direitos sexuais e reprodutivos. Os direitos reprodutivos se constituem de certos direitos humanos fundamentais, reconhecidos nas leis internacionais e nacionais. Além das leis, um conjunto de princípios, normas e institutos jurídicos, medidas administrativas e judiciais possuem a função de instrumentos de estabelecer direitos e obrigações do Estado para o cidadão e de cidadão para cidadão, em relação a exercício da sexualidade (VENTURA, 2002 *apud* DABÓ, 2002). Sendo assim, autora afirma que a concepção dos direitos reprodutivos não se limita a simples proteção da reprodução. Ela vai além, defendendo um conjunto de direitos individuais e sociais que devem interagir em busca do pleno exercício da sexualidade e reprodução humana. A idéia de direitos reprodutivos está vinculada à luta das mulheres em relação à busca de autonomia, na qual a apropriação do corpo e das vivendas no campo da

reprodução e da sexualidade tornaram-se fundamentais. A discussão desses direitos na esfera da cidadania, ao lado de direitos classicamente definidos, os civis, políticos e sociais vêm trazendo a necessidade de novos direitos legais e sociais e têm criado uma nova agenda no exercício dos direitos políticos. Ao mesmo tempo, trazem para a arena da democracia os temas da vida quotidiana e assim contribuir para a humanização da esfera pública. (ÁVILA, 1999 *apud* MIOTO, 2002). Nesta direção, destaca-se a importância das Conferências Internacionais tais como: a Mundial (de Teerã, 1968), no qual foi reconhecida pela primeira vez o direito de pais determinarem livremente o número de filhos e intervalos entre seus nascimentos; a de Bucareste, (1974), onde foi reconhecido direito aos casais e indivíduos. Foi estabelecido também o papel que Estado deve desempenhar para garantir o exercício deste direito; a Mundial da Mulher (realizada no México, 1975), onde foi reconhecido o direito da mulher à sua integridade física, de decidir sobre seu próprio corpo e a maternidade opcional. Entretanto, outros de grande relevância na década de 1990, são a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo e a IV Conferência Mundial da Mulher realizada em Beijing que ratificou os postulados do Cairo. Além desta Conferência, merece atenção também a questão de gênero no que tange a equidade e igualdade entre os sexos, a eliminação de qualquer violência contra a mulher e o controle da mulher sobre sua própria fecundidade.

✂ A saúde da mulher com ênfase na faixa etária reprodutiva, representa apenas uma parcela da complexidade e necessidade que compõem o ser mulher (Zagonel, 1998). A descontinuidade das ações, a falta de uma interdisciplinaridade e intersetorialidade afasta cada vez mais a perspectiva de integridade na saúde prescrita na Constituição Federal de 1988 e posteriormente regulamentada pela Lei 8080/SUS. A gravidez na adolescência vem sendo

motivo de discussões controvertidas. Enquanto existe uma redução da taxa de fecundidade total, a fecundidade no grupo de 15 a 19 anos de idade vem aumentando. Esse aumento, segundo PNDS (1996), verifica-se nas regiões mais pobres, área rurais e na população com menor grau de escolaridade.

Os dados de IBGE (Estatística do Registro Civil/1994), informam que 343.335 adolescentes de 15 a 19 anos tiveram filhos em 1994. Comparando esse número com a quantidade de nascimentos em 1976, houve um crescimento de 60%, sendo que a população em geral cresceu apenas 42,5% no mesmo período. Em 1998, no Brasil, foi registrado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) quase 700 mil partos de mães com idade entre 10 e 19 anos, tendo gasto cerca de R\$153 milhões em gestações de adolescentes. Isso se deve à completa falta de informação, de educação sexual e a insegurança do adolescente em utilizar métodos contraceptivos (CREMESP, 1999). Assim, a gravidez, que na maioria dos casos não foi planejada, aparece em destaque entre os problemas sociais e de saúde pública (CARVALHO, 1999).

O censo 2000 também evidenciou o aumento de fecundidade nessa faixa etária. Há dez anos em cada grupo de 1.000 adolescentes, 80 tinham um filho. Hoje, são 90 em cada grupo de 1.000. Dentre os fatores que contribuem para o aumento da fecundidade nesse grupo está o início cada vez mais precoce da puberdade, assim como da atividade sexual (BERQUÓ, 2000).

Os índices de gravidez na adolescência têm crescido vertiginosamente, e estes dados se contrapõem aos dados do nível da fecundidade geral do Brasil que apresenta um decréscimo significativo nas últimas décadas, entre as mulheres de 30 anos de idade ou mais. O último censo do IBGE, (2000) aponta que o fenômeno vem ocorrendo cada vez mais cedo

entre crianças e adolescentes (de 10 a 14). Ainda, segundo a mesma fonte, considerando os indicadores de saúde avaliados, este é um dos únicos que demarcou retrocesso.

A questão da maternidade e da paternidade na adolescência remete a uma discussão mais ampla. A adolescência é um período da vida, que começa aos 10 e vai até os 19 anos, onde acontecem diversas mudanças físicas, psicológicas, comportamentais e sociais, esta fase da vida humana onde os conflitos são maiores, isto porque há ruptura com o mundo de criança para o mundo de adulto, onde os adolescentes começam a desconstruir e a questionar certas coisas que até então eram aceitáveis. Os adolescentes precisam de um cuidado especial, espaços para discutir e desenvolver a sua potencialidade. Para tanto, há grande necessidade de educação, conselho e orientação em relação à saúde reprodutiva e a outros itens que levam em conta o conceito de saúde ampliada. O profissional da saúde deve estar preparado para responder às perguntas da adolescente, assim como, auxiliar no tratamento de problemas comuns como a gravidez precoce, as doenças sexualmente transmissíveis, o aborto, o abuso sexual e outras situações sem discriminação. A soma da crise da passagem da adolescência para jovem adulto e crise de ser mãe ou chegada de um filho que ocorrem em simultâneo com a adolescente gestante merece uma atenção especial. De acordo com Carter e McGoldrick (1995), o estresse familiar é geralmente maior nos pontos de transição de um estágio para outro, no processo desenvolvimental familiar. A gravidez é uma fase da vida que não depende da idade da mulher (SARMENTO, 1990), pode ocorrer a qualquer momento desde de que haja as condições fisiológicas e ambientais apropriadas para propiciá-la.

Com a gravidez, tanto o homem como a mulher, encontram a maneira ideal para definirem-se e identificarem-se como tal. Através dela é que se confirma a potencialidade do homem e da mulher, permitindo a continuidade da família e a criação de algo próprio

(KAHHALE, 1997). Dessa forma, pode-se dizer que a gravidez representa um período de relativa importância e muitos significados.

A gravidez é um período de vida da mulher, no qual ocorrem profundas transformações endócrinas, somáticas e psicológicas que repercutem em sua vida. Essas mudanças ocorrem da mesma maneira durante a adolescência, o que de acordo com alguns autores (GALLETTA Et Al, 1997; KAHHALE, 1997A; SARMENTO, 1990; MALDONADO, 1997) favorece o agravamento da crise comum a ambas as fases do desenvolvimento, pois alegam que gravidez e adolescência são períodos críticos de vida.

O termo crise diz respeito àqueles períodos de transição inesperados, como àqueles aspectos inerentes ao desenvolvimento; as crises são precipitadas por mudanças internas ou externas, tendo como principal característica o fato de constituir uma encruzilhada para a saúde mental (MALDONADO, 1997a).

Para Sarmento (1990), a vivência da maternidade durante a adolescência torna-se mais complicada, pois a exigência que aparece na busca da identidade do adolescente, acrescenta-se à grande exigência do "tornar-se mãe".

Segundo Zagonel, (1998) a simultaneidade da gestação e adolescência como evento transicional, transcende o factual e a repetitividade, para inserir-se no fenomenal, o que se mostra diante da singularidade da experiência. Ainda afirma que o fenômeno da simultaneidade da gestação e da adolescência como evento transicional, é existencial, está situado no ser adolescente enquanto pre-sença sendo-no-mundo.

A simultaneidade da gestação e adolescência é um fato que se determina de forma causal pelo exercício da sexualidade mediada pela amenorréia e todo o aporte de exigências hormonais que a gestação solicita e se segue à fecundação. Pode ser explicada pelas modificações fisiológicas manifestas que se associam ao fato da gestação na adolescência. O acontecer da gravidez na adolescência não é determinado, mas depende do exercício da sexualidade, no qual está frequentemente, mas não apenas, condicionada à

fecundação natural. A fecundação pode ser determinada de forma artificial, portanto provocada (ZAGONEL,1998).

Ainda nesta direção, Maldonado (1997c) explica que existe três períodos críticos de transição na vida da mulher, que constituem verdadeiras fases do desenvolvimento da personalidade, que possuem vários pontos em comum: da adolescência, da gravidez e do climatério. Maldonado, sustenta que estes três períodos de transição, biologicamente determinados, caracterizam-se por mudanças metabólicas complexas e constituem, portanto, um estado de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas no aspecto do papel sexual, na necessidade de novas adaptações, nos reajustamentos interpessoais, intrapsíquicos e nas mudanças de identidade.

Este quadro pode ser mais grave quando ocorrido em um ambiente menos favorável. No Brasil, onde a adolescência possui diferentes configurações, por exemplo, as adolescentes de camadas populares que engravida encontra maiores dificuldades devido as suas condições sócio-econômicas precárias e a falta de apoio, muitas vezes, da própria família e do parceiro (KAHHALE Et Al, 1997b; CUNHA Et Al, 1999; WONG & MELO, 1987; MAHFOUZ Et Al, 1995 apud BUENO, S/ano).

A gestação na adolescência constitui uma situação de crise, por implicar simultaneamente, para Wajamann, (1988), dois fenômenos do desenvolvimento humano: a adolescência e a gestação. Segundo o mesmo autor os fatores importantes que dominam o cenário psíquico da adolescente e que precisa ser levada em consideração são: a ambivalência, a regressão, e a crise de identidade.

A OMS (1989), ressalta que os riscos inerentes a uma gestação na adolescência estão relacionados a maior incidência de desenvolvimento de anemia, retardo do crescimento fetal,

parto prematuro, complicações obstétricas e o risco de mortalidade, bem como a impossibilidade de atender às necessidades nutricionais aumentadas, imposta pela gravidez, causando prejuízos futuros para atingir seu potencial de desenvolvimento. Alguns autores, como Takiuti (1994), *apud* Zagonel, (1998), apontam o prejuízo físico, pois o corpo ainda imaturo não abrange as necessidades desenvolvimentais duplas, que agora são solicitadas. Ainda salienta que, dar à luz não é um rito de passagem da adolescência à vida adulta. Por isso, faz-se necessário, diante da complexidade do fenômeno, uma atenção e proteção especial, tanto no sentido macro das políticas públicas que possam atender às adolescentes principalmente as gestantes; no sentido micro de atuação profissional através da capacitação e reciclagem permanente dos profissionais das áreas da saúde e da educação, que possibilita a compreensão da complexidade vivenciada pelas adolescentes em transição simultânea. Acreditamos que a questão não se resume ao repasse de informações, mas sim, à orientação sexual na perspectiva da prevenção, promoção e proteção da saúde destes seres em desenvolvimento vulnerável.

Sabe-se que o número de adolescentes que engravidam aumenta progressivamente e em idades cada vez mais precoces, pois a idade da menarca tem se adiantado por volta de quatro meses por década do século XX, sendo que a idade média para que ocorra é de 12,5 a 13,5 anos, expondo a adolescente a engravidar cada vez mais cedo (Maldonado, 1997b). Cerca de 20% das crianças que nascem a cada ano no Brasil são filhas de adolescentes. Comparado à década de 70, três vezes mais garotas com menos de 15 anos engravidam hoje em dia. A maioria não tem condições financeiras nem emocionais para assumir essa maternidade. Acontece em todas as classes sociais, mas a incidência é maior e mais grave em populações mais carentes. O rigor religioso e os tabus morais internos à família, a ausência de alternativas

de lazer e de orientação sexual específica, ou seja, própria ausência de Estado em definir as políticas públicas capazes de garantir equilíbrio social em prol de uma cidadania digna contribui para aumento do problema em questão.

Algumas pesquisas mostram também, que por causa da repressão familiar, algumas adolescentes grávidas fogem de casa e quase todas abandonam os estudos.

A Constituição Federal de 1988 institucionalizou e ampliou o conceito de saúde enquanto direito, bem como, estabeleceram-se princípios e diretrizes no âmbito da Seguridade Social garantindo o caráter público e de responsabilidade do Estado. E ainda, de acordo com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência deve ser universal, igualitária e equitativa. Ou seja, além do atendimento indiscriminado, a pessoa deve ser tratada na sua individualidade, considerando as especificidades de cada usuário /paciente. A efetivação destes direitos tem sido vista ainda como um grande desafio e tem mobilizado a opinião pública e as autoridades brasileiras que tem procurado enfrentar ao longo dos anos através de promoção de políticas públicas diferenciadas para atender as necessidades dos diversos segmentos populacionais, especialmente, idosos, mulheres e crianças.

O debate que envolve a gravidez na adolescência, inúmeras vezes gira em torno da questão da pobreza. Não queremos discordar desta, mas queremos frisar o cuidado em abordar ou caracterizar a gravidez na adolescência como “precoce” e “indesejada” pois a relatividade da mesma é indispensável, sentido de compreender a dinâmica e a relevância disto na vida e no contexto sócio-histórico-cultural onde a adolescente está inserida.

Queremos dizer que é preciso deixar que as adolescentes decidam sobre a maternidade, na medida em que, para muitas delas tornar-se mãe é algo desejado, mesmo quando a gravidez é fortuita, proporcionando-lhes inegável reconhecimento no seio de sua família e da comunidade (BORGES, 1999, p. 94, grifo da autora).

É nesta direção que o Assistente Social como o mediador destas relações e defensor intransigente dos direitos humanos e sociais, apreende a educação como meio privilegiado para formar cidadãos conforme a realidade onde estão inseridos, o que se concretiza em um processo dialético determinador da construção e edificação desta mesma realidade.

O Assistente Social é um profissional que atua de forma efetiva na promoção de saúde, primando pela melhoria das condições de vida dos usuários, assim como a sua emancipação enquanto sujeitos sociais.

2. O SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO SACO GRANDE E O ESTUDO SOCIAL DAS ADOLESCENTES PARTICIPANTES DO GRUPO SÓCIO-EDUCATIVO

2.1. Serviço Social na Unidade Básica de Saúde do bairro Saco Grande

A Unidade Básica de Saúde (USB) do Bairro Saco Grande participa no Programa de Articulação Docente Assistencial – PDA, um convênio firmado em 1997 entre a Prefeitura Municipal de Florianópolis-PMF e a Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, buscando contemplar uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS que trata do apoio à formação de recursos humanos para os serviços de saúde, neste caso, serviços públicos de saúde, na qual alunos universitários desenvolvem atividades curriculares, visando uma nova estratégia na formação dos profissionais de saúde e sua preparação para o modelo assistencial de saúde da família.

O PDA entende que a necessidade de formação de Recursos Humanos para os Serviços Públicos de Saúde, requer modelos estratégicos de programação e representa, neste sentido, uma mudança de paradigma na formação de profissionais de saúde, uma nova estratégia na formação desses profissionais e sua preparação para o modelo de saúde da família.

No PDA, a integração dos alunos dos Cursos de graduação de Medicina, de Enfermagem, de Nutrição, de Odontologia, de Farmácia, de Serviço Social e Psicologia, ocorrem na forma de estágios curriculares, inicialmente através do Internato Médico e mais tarde, passaram a integrar o projeto, os outros cursos acima referidos.

O modelo assistencial referencial desenvolvido até março de 2000 se caracterizava por práticas de Saúde Comunitária em um Sistema Local de Saúde, e a partir daí, o Programa assume o modelo da Estratégia Saúde da Família (PSF) incorporada pela rede municipal. Além disso, o projeto vem se desenvolvendo na organização de uma área-modelo, o Distrito Docente-Assistencial, entendendo-a como o espaço mais adequado para formação e capacitação destes profissionais, através de aprendizagem em serviços de saúde organizados em um sistema local de referência e contra-referência de serviços. O “Sistema-Escola” visa o desenvolvimento de formação e reciclagem de recursos humanos, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.

O Modelo Pedagógico tem como pressupostos gerais: a organização de uma área-modelo de capacitação e formação, tanto para a rede pública como para as profissões da área de saúde da Universidade; articulação teoria/prática; diversificação dos locais de ensino-aprendizagem; o processo ensino-aprendizagem nos serviços; a experiência em equipe multiprofissional; experiência nos serviços em diversos níveis de complexidade do SUS.

O Serviço Social integra a UBS do Saco Grande através do Estágio Curricular pelo PDA que se desenvolve vinculado à equipe do I Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da família/residência.

A equipe de residentes desenvolve atividades de forma a reunir os conhecimentos dos profissionais das diferentes áreas que a compõe. São as Atividades Gerais Articuladoras Compartilhadas (AGAC), da qual fazem parte: planejamento local de saúde; gerenciamento dos planos, programas e ações; desenvolvimento de processo educativo em saúde; atenção domiciliar em saúde; acolhimento; momentos de integração; visitas a pacientes hospitalizados. Além das atividades compartilhadas, os profissionais realizam Atividades Profissionais

Específicas (APEs), dentre elas nos cabe destacar aquelas realizadas pelo profissional de Serviço Social (ALVES Et Al, 2003).

O processo de trabalho de Serviço Social no UBS está orientado por três princípios:

- Ⓢ Fortalecimento da saúde da família como Estratégia do SUS pautado nos princípios (da universalidade, equidade, integralidade e resolutividade) e nas diretrizes visando à promoção, proteção e prevenção da saúde, através de uma intervenção multiprofissional calcada na interdisciplinaridade e na responsabilidade integral sobre a saúde da população residente na área de abrangência da UBS;
- Ⓢ Aprende o atendimento de família e a reconhece como um espaço privilegiado de constituição, desenvolvimento, crise e resolução dos problemas de saúde individuais e coletivos;
- Ⓢ Trata-se da interdisciplinaridade nos processos de trabalho em saúde, como meio que possibilita o rompimento de antagonismos da atenção hospitalocêntrico em prol da efetivação de um novo modelo de assistência, a partir da singularidade e da complexidade da atenção em saúde, tendo o usuário como sujeito da própria ação no processo saúde-doença.

Desta forma, e tendo em vista a proposta do PDA e do PSF na perspectiva da interdisciplinaridade e na busca de consolidar o tripé Ensino, Pesquisa e Extensão, o curso de Serviço Social da UFSC, através do Estágio Curricular organizou seu processo de trabalho na UBS em três eixos de intervenção propostos por Mioto (2002):

Processos Políticos-Organizativos

Na intervenção em Processos Políticos-Organizativos, as ações profissionais desenvolvidas têm como principal objeto a participação social sob a lógica da pluralidade e da cidadania, voltada ao fortalecimento da sociedade civil para a transformação da realidade social, ou seja, uma participação que se efetive sob o paradigma democrático-radical identificado por Gohn (2003). Nesse sentido, o Serviço Social desenvolve ações inseridas no *Projeto de Assessoria e Mobilização ao CLS*,

[...] onde se procura promover a articulação das discussões e ações entre o Conselho, a comunidade e o Centro de Saúde com vistas à universalização, à ampliação e à efetivação dos direitos, especialmente do direito à saúde (ALVES, 2004).

É importante ressaltar que a Intervenção em Processos Políticos-Organizativos dá visibilidade e garante a efetivação de importante princípio do sistema de atenção à saúde: a participação da comunidade, garantindo um controle social efetivo dos bens e serviços públicos-reivindicação histórica do movimento sanitário.

Ainda nesta direção, em relação ao trabalho do Serviço Social junto aos conselhos, Couto (1999 – COUTO, B. R. O processo de trabalho do assistente social na esfera municipal. In: **Capacitação em Serviço Social e política social**. Mód. 2: Reprodução social, trabalho e Serviço Social. Brasília: UnB/CEAD, 1999, p. 204-213) afirma que nos conselhos, o Assistente Social atua a partir de duas perspectivas: como conselheiro ou assessor. Como conselheiro, o profissional deve ter claro o que significa representar um segmento, qualificar sua representação e estabelecer canais de comunicação concreta com a base que representa, a fim de legitimar sua representação. Como assessor, seu trabalho volta-se para o fortalecimento

dos conselheiros no exercício de sua função, instrumentalizando-os em relação às legislações relacionadas a política, ao conselho e as de controle social.

Processos de Planejamento e Gestão

A intervenção em Processos de Planejamento e Gestão consiste no desenvolvimento das ações de assessoria e consultoria nas instituições públicas e privadas voltadas a proposição e avaliação de políticas sociais, assim como, o desenvolvimento de ações voltadas para gestão e capacitação de recursos humanos e gestão da informação, organização e gerenciamento de programas, projetos e serviços. Tendo o planejamento como instrumento que permite organizar o processo de trabalho – objeto, objetivos, instrumentos de trabalho e resultados do processo – Os programas desenvolvidos neste processo são:

O Programa de Gestão da Informação compreendendo os ***Projetos de Rede de Suporte Sócio-Assistencial e Monitoramento das Declaração dos Nascidos Vivos-DNs; e Programa de Articulação Intersetorial.***

O Programa de Gestão da Informação conta com ações de caráter investigativo sob vários aspectos que envolvem a política de saúde desde seus preceitos legais, a sua operacionalização até a forma de acesso da população a estes.

Projeto Mapeamento da Rede de Suporte Sócio-Assistencial de Florianópolis – O trabalho se realiza na perspectiva de manter um cadastro das organizações do município que prestam atendimento sócio-assistencial e sua constante atualização através de contatos com entidades governamentais e não-governamentais, contato com a equipe de residentes, com outros profissionais da área e contatos com outros acadêmicos de Serviço Social que

desenvolvem estágio em outras instituições.

Projeto de Monitoramento das DN's – Declarações de Nascidos Vivos - o Serviço Social realiza a análise das Declarações dos Nascidos Vivos com intuito de manter atualizado e posteriormente, enviar a banco de dados da SMS. (ALVES & LIMA, 2003 APUD LOPES, 2004).

No Serviço Social, o planejamento é o instrumento que permite organizar o processo de trabalho - objetos (matéria-prima), objetivos (o que se pretende), instrumentos de trabalho (meios de trabalho) e resultados do processo (produto); articulando os limites institucionais, as demandas, as ações profissionais e os instrumentos de ação. Permite, ainda, avaliar o seu produto e o seu resultado dando visibilidade e densidade técnico-científica ao trabalho (CADERNOS CRESS, s/d).

Como processo e instrumento gerencial, o planejamento é fundamental para: reduzir a incerteza e o risco; ampliar a eficiência e eficácia através de objetivos e metas bem definidas; obter melhor rendimento dos objetivos; prever as bases para o monitoramento e a avaliação (CÓRDOBA, 1997 *apud* CADERNOS CRESS, s/d).

O planejamento contribui para que a ação não se reduza a ações residuais, pontuais, imediatistas e sem consciência crítico/reflexiva. O planejamento traz duas implicações que devem ser consideradas: o aspecto político-ideológico e o técnico-operativo (CADERNOS CRESS, s/d).

Processos Sócio-Assistenciais

A intervenção em Processos Sócio-Assistenciais está orientada para a intervenção

direta com famílias e segmentos sociais vulneráveis, que acontecem privilegiadamente no contexto institucional e o processo interventivo se realiza a partir de demandas singulares. Este, tem como principal objetivo, contribuir para , junto com os usuários, encontrar respostas para as demandas colocadas na perspectiva da cidadania e dos direitos. Integram este eixo quatro categorias de ações: as ações sócio-educativas; ações sócio-emergenciais; ações sócio-terapêuticas e as periciais. As ações são desenvolvidas em três projetos: Projeto Sócio-Educativo, Projeto de Atenção Sócio-assistencial e Projeto de Estudo e Acompanhamento de Famílias.

As ações sócio-educativas acontecem, privilegiadamente, nos espaços institucionais, através da intervenção direta entre Assistente Social e usuário, ou grupo de usuários. Estas ações se caracterizam como um processo de ensino-aprendizagem na relação dialética entre profissional e usuário, cuja finalidade é contribuir para que as condições geradoras dos problemas sociais sejam superadas. A intervenção profissional através desta ação opera em um movimento de busca por alternativas, onde a lógica do atendimento reside no usuário enquanto sujeito, ou seja, a partir de seus problemas, contribuindo para que ele estabeleça de maneira autônoma a sua própria forma de caminhar com intenção de alterar a situação de sofrimento que vem vivenciando, bem como, alterar em longo prazo, esta produção de sofrimento/carência no âmbito das relações sociais, ao remetê-lo para a participação em Processos Políticos-Organizativos.

Portanto, o trabalho não se esgota no repasse de informação sobre serviços e direitos, mas transcende para um processo amplo de reflexão com os envolvidos, onde há uma responsabilização do profissional tanto pela informação propriamente dita, como pelo desvelamento dos ruídos existentes nela e pelo acompanhamento do processo como um todo,

de modo que o usuário se perceba co-partícipe do processo de materialização dos seus direitos. Existe uma responsabilização profissional que vai desde o processo de acolhimento/escuta da demanda, até o processo de encaminhamento dos usuários aos serviços, instituições e a participação social (LIMA, 2004).

Essas ações são de caráter preventivo, embasado nos princípios do SUS. Para Lima, (2003) a educação e informação em saúde se dão através de:

[...] um processo de ensino-aprendizagem na relação dialética entre profissional e usuário, sendo que ela pode contribuir na formação profissional do Assistente Social através do educativo e pedagógico no campo operacional. Permite, ainda, que sejam estabelecidas relações que promovam a construção de conhecimentos e habilidades técnicas, políticas e éticas, no convívio do cotidiano profissional, baseado em referenciais que estimulem a problematização e a crítica transformadora da realidade onde se inserem (LIMA, 2003).

As Ações Sócio-Emergências são desenvolvidas no sentido de atender as demandas em caráter emergencial relacionadas às necessidades básicas e urgências dos usuários, bem como de sua família.

As Ações Sócio-Terapêuticas são aquelas desenvolvidas diante de situações de sofrimento subjetivo individual e grupal, ou seja, são voltadas às situações sintomáticas que se manifestam através dos membros das famílias (doenças mentais/físicas, alcoolismo, etc) e das relações destrutivas que estabelecem entre elas (violência), ou através de relacionamentos de seus membros com a sociedade (atos infracionais) (ALVES, 2003) apud (FURLANETTO, 2004).

As Ações Periciais são ações que acontecem no âmbito judicial através da elaboração de um parecer social que tem por objetivo subsidiar a decisão de outrem (juízes, por exemplo).

Os Projetos desenvolvidos a partir do eixo Processos Sócio-Assistenciais são:

Projeto Atendimento em Agenda que consiste no atendimento através de agendamento do usuário na UBS e tem por finalidade, absorver as demandas espontâneas e as demandas encaminhadas pela equipe multidisciplinar, implicando na mobilização e viabilização de recursos materiais ou não a fim de atender as demandas apresentadas famílias utentes do serviço.

Projeto Grupo Educativo Saúde e Cidadania, o qual desenvolvem-se atividades com gestantes em acompanhamento na Unidade e com estudantes da Escola Básica Maria Donícia da Costa, o qual destacamos o Grupo Educativo Saúde e Cidadania – Gestantes especificamente, gestantes adolescentes, segmento com o qual trabalhamos durante o estágio curricular obrigatório.

2.2. O grupo com adolescentes na Unidade Básica de Saúde-Saco Grande

O Grupo Educativo Saúde e Cidadania – Gestantes Adolescentes, caracteriza-se como momento de troca (reflexão/vivência), entre as gestantes adolescentes que são acompanhadas na Unidade, tendo em conta as etapas do ciclo vital que ocorrem em simultâneo: crise da passagem da adolescência para jovem adulto e crise de ser mãe ou chegada de um filho. Durante os encontros mensais com grupo de jovens gestantes e profissionais que coordenavam os trabalhos (Psicologia, Enfermagem e Serviço Social), procurou-se mostrar que a questão da gravidez na adolescência não se resume a aspectos biológicos e fisiológicos, como é tratada tradicionalmente pela Medicina, e nesse sentido, entendendo que a gravidez na adolescência suscita o resgate de outros elementos, para um

debate que avance na direção da pluralidade que assume essa questão na atualidade. Frisarmos a necessidade de fazer destes encontros mensais, momentos de discussão e reflexão que possibilitassem uma construção individual e coletiva tanto do profissional, como da gestante adolescente inserida no seu grupo familiar e comunitário como sujeito de direitos.

Além de criar um espaço que possibilitasse a reflexão e troca, sem temas pré-estabelecidos, para a maior compreensão da situação vivida pelas adolescentes, houve também o trabalho de compreender a família onde esta adolescente se encontra ou vive.

Nossa preocupação, através da sensibilização, foi aguçar a percepção para o significado não só do seu corpo e da importância da relação com a Unidade de Saúde, mas também, com as condutas de prevenção e tratamento adotadas, de modo que possibilitassem a adolescente compreender, participar e, conseqüentemente, obter respostas aos seus problemas.

O grupo foi a porta de entrada para conhecer a condição de vida, as relações e as expectativas das adolescentes, além do conhecimento da realidade social de suas famílias e da comunidade, buscando melhor compreender a dinâmica familiar e comunitária, onde estão inseridas as adolescentes que freqüentam o referido grupo educativo. Partimos do pressuposto de que são condicionantes de saúde: a habitação, alimentação, meio ambiente, trabalho, etc e entendemos também, que o trabalho com a gestante especialmente, com adolescente remete à família e esta por sua vez necessita de cuidado e proteção para que encontrem respostas que dão conta das suas demandas na perspectiva de cidadania. O processo de conhecimento da realidade das adolescentes em pauta, foi realizado através do estudo social, um instrumento que possibilita conhecer e analisar a realidade social destas famílias com a finalidade de oferecer subsídios aos profissionais para definição e elaboração de propostas de intervenção ou ações que atendam às necessidades destas famílias.

A partir dos estudos realizados, vamos apresentar as realidades vividas por estas adolescentes através dos seguintes tópicos:

2.3 A gravidez e a maternidade na adolescência: Conhecendo os atores

2.3.1 Algumas informações sobre as adolescentes gestantes

As ¹adolescentes que participaram deste trabalho estão na faixa entre 14-19 anos. A maioria delas são estudantes, porém, outras deixaram de freqüentar a escola por ocasião da gravidez.

A escolaridade varia entre a 5ª série do ensino fundamental e 1ª série do ensino médio. Assim, as funções ocupacionais destas adolescentes, antes da gravidez, estavam voltadas aos estudos e aos afazeres domésticos, sendo que algumas delas, além destas atividades, trabalhavam como babá nas vizinhanças, como forma de ter uma pequena renda e/ou contribuir para renda familiar, como nos diz Anb: *„trabalho de babá para ajudar em casa e comprar as minhas coisinhas: esmalte, creme de pele e outros que dá pra comprar, porque não é muita coisa” (relatório nº01).*

Das oito adolescentes, apenas uma, que é filha única, afirmou que não realizava nenhuma atividade no espaço doméstico ou trabalho remunerado, além de ir à escola.

Aniz (15 anos): eu não gostava de fazer nada dentro de casa, não ajudava a

minha mãe nos trabalhos domésticos sempre fui estudiosa. Ela pode confirmar isso.

Mãe: é verdade, ela nunca me deu problemas nos estudos mas nunca me ajudou nas atividades doméstica mas ela mudou muito com esta gravidez, continua estudando e ajuda em casa, parece milagre. No dia que a minha vizinha entrou aqui e viu ela limpando e lavando as louças não acreditou e disse: será que eu estou vendo bem? É você? Luchi (37anos).

Todas as adolescentes professam uma religião - católica ou evangélica, porém não praticantes. Entre as adolescentes que participaram do grupo, e com os quais trabalhamos, três (03) são casadas consensualmente e o tempo da união varia entre um (01) e dois (02) anos. Duas (02) passaram a morar junto com seus companheiros depois da descoberta da gravidez e as outras três continuam sós na casa dos seus pais.

2.3.2 Alguns dados sobre a família das adolescentes

Quanto ao tipo de famílias destas adolescentes, constata-se a predominância da família de tipo extensa e número de filhos variam entre cinco e seis irmãos. E a grande parte delas são famílias recompostas.

Em relação à idade dos pais das adolescentes, a faixa etária oscila entre 36 -50. A

¹ Para manter a privacidade das adolecentes envolvidas neste trabalho é indispensável que o sigilo (nomes) seja

escolaridade fica entre quarta série do Ensino Fundamental II ano do Ensino Médio, ou seja, 2º grau incompleto. A ocupação varia entre motorista, cobrador, empregadas domésticas, do lar, serviços gerais e lavadeira. A maior parte dos homens está desempregada, e entre os que trabalham, ganham em torno de um a dois salários mínimo mensais e as mulheres em torno de 300 a 350 reais.

No que concerne à idade dos companheiros/parceiros das adolescentes, está entre 23-34 anos; sendo que entre estes, mais da metade estudaram até sexta série do Ensino Fundamental outros não completaram o Ensino Médio. Vale ressaltar que entre os companheiro/parceiros das adolescentes não há nenhum adolescente. Por isso, não incluímos nas análises, depoimentos masculinos, pois entendemos que ao investigarmos estes, sairíamos do nosso foco de pesquisa. Quanto à ocupação dos companheiros, varia entre pedreiro, cobrador de ônibus e servente de obras. Porém, mais da metade está desempregado e sobrevivem de “bicos“. O rendimento mensal oscila entre 180 e 250 reais.

2.3.3 A vida sexual das adolescentes

A primeira experiência sexual dessas adolescentes ocorreu por volta dos 13-15 anos de idade.

Quanto aos métodos anticoncepcionais, todas relataram conhecer algum tipo. Afirmaram ter recebido orientação sexual no colégio, Centro de Saúde, com parentes e amigas. Apesar desta constatação, falta muito para o almejado no campo da orientação e

conscientização sobre o uso de métodos anticoncepcionais e cuidado com o próprio corpo, conforme este desabafo: *Apesar de ter estas orientações no colégio e no centro de saúde, não é bem trabalhada e a gente acaba por pedir orientação com amigas porque ela não te olha com a cara feia.*

Dentre as adolescentes que não planejaram a gravidez, algumas engravidaram usando um tipo de método anticoncepcional sob orientação do Centro de Saúde. Das oito (08) adolescentes duas estavam vivendo a segunda gestação. Uma delas, conta que a sua gestação foi interrompida aos sete (07) meses, pois a médica descobriu que o feto tinha problemas de má formação. Foi internada e teve parto induzido. Diz ter sofrido com a situação e o marido também:

Quando a Dr^a me contou que tinha problema comecei a chorar, fiquei muito triste, o meu marido não estava comigo. Quando cheguei em casa contei para ele e para minha mãe, todos ficaram sentidos, mas a minha mãe deu maior força. Fui internada e várias pessoas me visitaram no hospital, não entendo bem da má formação. A Dr^a até explicou, mas nem me lembro o que ela falou, agora estou me cuidando bastante para não acontecer aquilo de novo, qualquer coisa vou para Centro de Saúde conversar com o pessoal (Txz 17 anos).

Outra adolescente conta que foi forçada pelo namorado a abortar aos cinco (05) meses e que sua família não sabe, pensam que foi aborto natural. Diz ela:

A minha família pensa que foi natural...Espontânea, mas não foi... O meu namorado me obrigou a fazer e esconder da família, eu não queria fazer, mas ele percebeu porque comprava remédios e muitos chás e me dava para tomar e fingia que tomava. Sempre ligava para minha casa e perguntava se os remédios fizeram efeitos, eu dizia que não, ele dizia você esta tomando direito como te falei eu respondia que sim. Me ligou a noite e disse: amanhã vou dar um basta nisso. Aí contou que tinha conseguido com um farmacêutico uma injeção, marcou o horário e tudo. Eu fui na frente porque ele estava trabalhando. Quando cheguei, conversei com o farmacêutico de trocar a injeção com água ou outra coisa porque eu não queria tirar. Ele aceitou, mas antes de trocar ele chegou e entrou junto comigo e não deu. Passei muito mal fiquei internada quinze dias, não quero que repita a mesma coisa, estou com medo até porque a minha mãe pode desconfiar se acontecer de novo (Axz).

É importante ressaltar que nas histórias de sete (07) famílias das oito (08) adolescentes envolvidas nesta pesquisa, foi recorrente o histórico de mães e avós que também foram mães adolescentes. Uma das mães das gestantes aponta as dificuldades da maternidade na adolescência e as diferenças nas dinâmicas de vida das gerações.

Naquele tempo era assim, as pessoas casavam muito cedo mas agora as prioridades são outras, porque para sustentar um filho hoje é muito difícil, não tem emprego e a situação piora quando não tem estudo. Os meus filhos

sabem como foi difícil e esta sendo difícil criá-los, mas falei tanto para não repetiram os mesmos erros que o tempo me impôs, mas deu nisso.

2.3.4 A Descoberta da Gravidez: as adolescentes, seus parceiros e suas famílias

A reação das adolescentes que não tinham planos de serem mães, varia entre o medo das reações familiares e o susto, pois não acreditavam que aquilo podia acontecer com elas.

Rx (17 anos) afirmou que sentiu medo da reação da família porque jurava para a mãe e a irmã, que também foi mãe adolescente, que faria diferente, para dar um basta ao ciclo de sofrimento e necessidades que a família vinha enfrentando:

Senti muito medo, não só de como explicar para minha mãe, o que aconteceu depois de tantas promessas mas também de não dar conta. A única preocupação no momento, era com ela porque tinha prometido que ia estudar e eu já estou na 8ª série. Portanto, nunca pensei que aquilo podia acontecer comigo, mas a minha surpresa é a reação dela quando contei. Tive mais problemas com o meu pai, mas era de esperar... porque a minha irmã foi mãe adolescente, passou pela rejeição de toda família, amigos e vizinhos ... Foi muito falada, mas agora todos conversam com ela e gostam muito da filha dela. As pessoas mais velhas a chamam para conversar, sair, por exemplo, ir às consultas e outras coisas. Ela e o meu pai ficaram amigos... E a menina é protegida dele, ninguém encosta o dedo.

Quanto ao namorado e sua família, disse:

A notícia foi festejada com muita alegria porque ele é filho único e têm a vida social e financeira razoavelmente estável. Eu particularmente tive medos básicos: de adiar os meus sonhos de casar, morar junto só depois de terminar o ensino médio e engordar, ficar velha de peitos caídos.

Rza (14 anos) disse:

Estou com medo até hoje às vezes parece que estou sonhando porque não temos condições de cuidar desta criança, por isso a minha mãe não aceitou no início e o meu namorado quis fugir da responsabilidade. Acho que a sua família não sabe ou, se sabe, ele não me disse nada. A gente se vê pouco.

Rza, não gosta de falar muito, mas o que ficou subentendido na sua fala é que a relação intrafamiliar não é muito próxima tanto da parte do namorado como dela parece conflituosa.

Ffx (16 anos) disse ter cometido um erro porque sua gravidez ocorreu de um relacionamento muito complexo e que a sua família nunca vai concordar com este relacionamento. Disse ainda que, embora tenha consciência da complexidade da situação que o parceiro se encontra, gosta dele e quer criar o filho (a) contando com a participação do pai. O parceiro da Ffx é viúvo, tem uma filha de 05 anos de idade que atualmente mora com a

família da sua falecida mãe. Há três anos atrás sofreu acidente de trabalho e esta na perícia e recebe auxílio acidente da Previdência Social e atualmente trabalha de cortador de grama para complementar a renda. Fatos como esses, permearam o nosso trabalho, pois quase todos os companheiros, seja os casados ou não, têm a situação parecida. Em relação aos companheiros e as famílias, as reações variaram entre satisfação, preocupação e raiva.

As três (03) adolescentes que planejaram a sua gravidez tinham nesta um projeto de vida respaldado pelo companheiro, pelas famílias e a comunidade. Algumas tinham mais e outras menos complicações no concernente a reações familiares e de seus companheiros. Isso se evidencia com exemplo da Axz que foi obrigada a abortar aos cinco meses pelo companheiro.

A gravidez de Kaz (16 anos), apesar de não planejada, foi bem aceita por seu companheiro que se mudou para casa dela. A sua família, apesar de saber que ela tinha uma vida sexual ativa durante o namoro de quase dois anos, não aprovaram no início. Sua mãe, chocada com a situação, pediu para que ela deixasse a casa da família. Ficou sem falar com ela quase um mês. No entanto, a situação foi contornada, como afirmou Kaz: *foi só por um tempo, coração de mãe. Quando comecei a ficar doente ela começou a cuidar de mim e hoje fala com o meu companheiro e me acompanha nas consultas. Ele também*“.

Kaz acha que a vida continua, e que não é o filho ou casamento que vai atrapalhar os seus projetos, como terminar o ensino médio e fazer uma faculdade que sempre traçou como prioridade. Além disso, contou que sua mãe vai ajudá-la a cuidar da criança. Apesar do susto inicial, a mãe de Kaz passou a ajudá-la em todos os momentos. A família do seu companheiro festejou a chegada da criança, embora preocupada com as incertezas atuais, sobretudo, com relação ao emprego. Kaz lamenta o sucedido e diz:

Bom, aconteceu! Fazer o quê? Lamento só, que não vou poder dar atenção que ele (a) merece porque tenho que trabalhar para garantir o seu futuro e dos meus irmãos. Sou mais velha de quatro irmãos, tenho responsabilidade de ajudar a minha mãe cuidar deles.

Observa-se neste caso, que a preocupação da adolescente é com relação aos seus projetos que considera inadiável e que filho e casamento não constituem obstáculo. Quanto à nova vida e com as transformações físicas durante e após a gestação, a adolescente afirmou que não está muito preocupada com a questão, porque hoje existem mecanismos e formas para cuidar da estética. A única coisa que não sabe é se vai ter dinheiro para, se for necessário, recorrer a este método.

No caso de Anb (17 anos), sua mãe a responsabilizou quanto à gravidez afirmando ter orientado a filha e ela não podia cometer o erro pela segunda vez no espaço de um ano. Porém, a adolescente confirmou que a sua mãe sempre conversou com ela, mas não sobre sexo, e que apenas dizia que: *tomem cuidados para não engravidarem cedo nem se aventurarem em casar com qualquer homem... Vocês são testemunhas das dificuldades que estamos a passar para nos manter... Estudem primeiro, depois ter filhos.*

Anb afirmou que recebeu muito apoio da sua avó e da irmã mais velha da sua mãe a quem ajuda a cuidar das suas crianças, ou seja, trabalha de babá para tia. Já a sua mãe sempre foi contra o seu namoro, porque soube, na primeira gravidez, que ele é separado da esposa e tem dois filhos, uma menina de nove (09) anos e o menino de seis (06) anos de idade e é muito mais velho que a Anb. A família de seu parceiro no início foi contra, especialmente a

mãe. Anb assim expõe a situação: *Não gosto dela e ela também não gosta de mim. O meu namorado quer que eu vá morar com eles, mas estou com medo de acontecer aquilo de novo e de não dar certo com a sua mãe porque a coisa é feia. Não dá nem pra pra fingir ela não gosta de mim, nem eu dela.*

FFfz (17anos) contou com o apoio da vizinha que ajudava convencer a mãe, que não se conformou com a situação, ou seja, com a gravidez da filha com um rapaz de má fama no bairro. Dizia que *“ele é vagabundo, bandido, não presta para nada”*. Apesar de não gostar do namorado da filha ela se posicionou contrária à idéia de aborto sugerida pela filha depois de ter apanhado muito da mãe, conforme nos revelou numa conversa dizendo:

Bate em mim sem razão, quando estou deitada bate, sentada também, fazendo alguma coisa, mesmo assim. Ela sai agredindo todo mundo, ele mesmo(o namorado) não pode passar aqui perto de casa ou sai atrás dele ou de mim. Já agrediu ele mais de duas vezes. Desta vez deu caso de polícia, pararam na delegacia. Ela quer que pare de falar com o pai do meu filho e ainda disse que não vou pegar nada dele para o bebê e até agora não tenho nada... Estou no sétimo mês agora. Acho que ela esta precisando de uma Psicóloga porque disse que vai “tocar fogo” em tudo que ela encontrar de enxovais dentro de casa. Disse também que ele não vai assistir o parto e nem vai ver o bebe. Eu quero meu namorado perto de mim no dia do parto e o tempo todo ao meu lado para criarmos a criança, porque a criança precisa de carinho dos pais para crescer bem. Não quero que ele (a) cresça longe do pai como a gente.

Txz (18 anos), casada, diz que, depois da infelicidade que teve com a primeira gravidez, estar feliz e a família também: *é muito chato, não posso fazer nada é chamada de atenção pra cá e pra lá. A minha mãe todos os dias antes de sair de casa para trabalhar passa aqui perguntando se estou bem a minha sogra também “.*

Aniz (16 anos) diz ter contado com apoio da família:

Não foi o que planejei, mas aconteceu... Sei que vai dificultar muito, mas graças a Deus que sou filha única a minha mãe vai me ajudar a cuidar dela (e). Ela já se disponibilizou para isso e a minha sogra também, embora ela não vem muita aqui porque tem vergonha, diz que não tem roupas adequadas porque a minha família é muito chique. Nós não somos chiques, mas temos famílias muito importantes, os meus avós e os irmãos da minha mãe têm condições estáveis: casas, carros e cursos superiores, condição financeira boa. Nós também tínhamos um pouco de condições porque o meu pai trabalhava numa empresa, mas faliu, o dono fugiu sem indenizar os funcionários... Com o financiamento da casa não podemos pagar o banco, que tirou o caminhão do meu pai e outras coisas. Hoje estamos nesta situação.

Aniz conta que quem descobriu que estava grávida foi a sua mãe, que a levou para a Unidade de Saúde para fazer o teste. Disse que ficou muito assustada e a sua mãe em estado de choque com medo da reação do seu marido e da família face ao acontecimento, mas:

Não brigou comigo. Quando a mãe contou para o meu pai, ele não me disse nada, mas não falava comigo durante um mês. Depois se conformou e propôs o casamento com uma condição: morar aqui. Aceitamos e estou muito feliz, os meus avós e o meu padrinho não gostaram, mas também não se manifestaram contrários.

2.3.5. As perspectivas das adolescentes sobre a escola, trabalho e profissão

Percebe-se nos depoimentos das adolescentes envolvidas neste processo, a grande vontade de seguir em frente com os seus projetos de vida. Quase todas acham que o filho não é obstáculo, embora tenham consciência das dificuldades atuais de criar filhos. Todas são unânimes em dizer que vão “dar um jeito” com ajuda da família e esperançosas por mudanças com relação ao mercado de trabalho. Algumas planejam o futuro junto com os companheiros, outras, mais independentes, acreditam que o futuro dos seus filhos depende apenas delas. Justificam isso observando a escolaridade dos parceiros: “*não tem muito que melhorar, hoje não se pode esperar nada de quem não estudou muito*”.

As adolescentes que tiveram que interromper os estudos por causa da gravidez, lembram com muita saudade da escola, de amigos e professores e lamentam a suspensão de aulas noturnas e a falta de curso supletivo na comunidade. Entre as que continuaram a estudar, destaca-se os depoimentos de Rxz (17 anos), Aniz (16 anos) e a Kaz (16 anos), que manifestaram a vontade efêmera de prosseguir os estudos depois de concluírem o ensino

médio. Acreditam também que não existe nada que possa garantir o futuro dos seus filhos senão os estudos: *todo mundo precisa de escola para ascender profissionalmente, portanto não me vejo fazendo outra coisa quer não seja estudar. Eu quero ser pedagoga* (Aniz).

Rxz pretende terminar o ensino médio e prestar vestibular para uns dos cursos da área da Saúde, pois acredita que irá contribuir muito para melhoria de atendimento aos usuários. Diz que admira o trabalho de assistente social, apesar de achar cansativo e, de forma irônica, diz: *só não gosto de subir morro*.

Kaz acha que o filho não é obstáculo: *Eu tenho o meu sonho de fazer a faculdade. Esse desejo é tão grande que enquanto tiver forças nada vai me impedir de realizá-lo*.

Já entre as outras adolescentes, algumas pretendem continuar os estudos, isto é, concluir o ensino médio e trabalhar para garantirem o sustento das crianças. Outras são mais ambiciosas em relação aos estudos. Pretendem, além de terminar o ensino médio, trabalhar e fazer um curso profissionalizante de produção independente em simultâneo para poder cuidar melhor dos filhos e marido, como exemplifica a fala de Anb: *Acho muito chato trabalhar para os outros, por isso quero depois de terminar o ensino médio fazer um curso profissionalizante para ser autônoma, trabalhar pra mim mesma e cuidar dos meus filhos e marido*.

No entanto, percebe-se que dentre as adolescentes envolvidas no processo, algumas ainda trazem consigo a concepção tradicional de família, em que o homem é o chefe da família e provedor de casa e a mulher tem como responsabilidade o cuidado da casa e dos filhos. Na fala que se segue identificamos essa concepção:

Na minha opinião a mulher tem que ficar em casa cuidando das tarefas do lar e homem trabalhar para o sustento da família. Eu acho importante

estudo, mas se depender de mim não vou trabalhar. Trabalhar fora de casa é coisa para homem... o lugar da mulher é em casa. Quanto à faculdade, não penso fazer porque é muito difícil entrar e é muita coisa, não vou dar conta não.

Txz acredita que fazer faculdade é muito importante, mas não pretende fazê-la tão cedo, para dar prioridade ao trabalho:

Quero trabalhar para garantir o futuro do meu filho depois faço faculdade porque tem tempo para isso. Eu conheço pessoas que entraram na faculdade com 40 anos de idade. Acho interessante porque não vou ter outras preocupações com os filhos e, quem sabe, vamos fazer faculdade juntos. Eles vão me ajudar ou eu, ajudá-los.

Quanto aos planos da Rza (14 anos): *Eu não sei, mas quero estudar e trabalhar para sustentar meu filho.*

Fffz(17anos), pretende terminar o ensino médio e trabalhar e diz: *Mas para isso preciso ter onde deixar o meu filho, creche de tempo integral para poder trabalhar e estudar ao mesmo tempo. Sobre a faculdade não pensei ainda, mas não vou fazer agora.*

A Ffx (16 anos), acredita que a prioridade é trabalhar:

Primeira coisa que vou fazer é trabalhar. Se eu não tiver nenhuma complicação depois do ganhar, vou sair atrás do emprego, qualquer que

aparecer, porque a situação não tá fácil não... Estou preocupada com o futuro do meu filho, porque não sei como vai ser daqui para frente. O meu namorado não pode trabalhar porque está „encostado“, o dinheiro que ele recebe não dá para ele e dois filhos do outro casamento. A minha família não tem muito que fazer, portanto, sobra pra mim correr atrás.

2.3.6 As adolescentes, as instituições e as relações comunitárias

A relação das adolescentes com as instituições públicas/privadas que prestam os serviços assistenciais no bairro é expressivamente notável, pois percebe-se um número considerável dentre as adolescentes estudadas, que já participaram de algum tipo de projetos sociais desenvolvidos no bairro e outras ainda participam. Entretanto, o que mais se evidenciou nas falas das adolescentes é a relação que mantêm com a escola e centro de saúde, principalmente com o último depois de descoberta da gravidez, para o controle de pré-natal.

Eu participava do projeto lá no COMOSG e gostava muito porque tínhamos refeições e a mãe não precisava preocupar com a comida. A única coisa que achava ruim é sábado e domingo porque a gente ficava em casa e devorava tudo que a mãe conseguiu economizar durante a semana. Outra coisa que eu gostava é levar a minha irmã lá no posto de saúde no Programa Hora de Comer, a gente ganhava muita coisa para comer (Ffz 16 anos).

A Ffz conta que atualmente participa do projeto Agente Jovem, mas lamenta ter que sair do mesmo porque a idade máxima é de 17 anos de idade. *É muita pena que vou ter que sair assim que eu completar 17 anos, lamento por duas coisas: vou deixar de fazer o que eu gosto e de ganhar a bolsa que o projeto paga no valor de R\$ 65,00. Este dinheiro ajudava muito... agora que eu mais preciso.*

Aniz, sobre o Centro de Saúde e a Escola, afirma que:

O que mais gosto na minha vida é ficar na escola. Se eu pudesse, não faltaria aula por nada. Acho que vai dar pra ir logo depois de ganhar neném porque o meu colégio é moderno. Para teres idéia, no meu colégio existe um projeto de incentivo às gestantes adolescentes para não abandonarem os estudos. Depois de sete meses, se quiser, podes ficar em casa e fazer todas as atividades a partir de casa.

Sempre gostei de ir ao médico, a minha mãe sempre me levou, depois que eu comecei a namorar vou de vez em quando com o meu namorado para fazer o preventivo, melhorou muito o posto de saúde... tinha uma época que ir ao posto era sinônimo de stress, agora tem outros profissionais, como assistente social e psicólogo. Os exames demoram muito por isso somem... é freqüente ouvir aqui no bairro que os exames sumiram e pessoa vai fazer outros.

Kaz explica que não teve acesso a certos projetos por causa de alguns critérios que acha injusto:

Absurdo. Particularmente, acho injusto na maneira e na forma de seleção para participar do projeto. Podia ser um pouco mais simples e que se inclui todo mundo, já que é feita para a comunidade... A forma de seleção, através de renda, não é bom no meu modo de ver porque uma família pode ter renda de dois ou três salários mínimo, mas tem seis filhos e outros parentes em casa e como é que fica?

Quanto ao posto de saúde ia de vez em quando, mas agora sou obrigada a ir mais vezes. Quero que o meu filho nasça saudável, para isso, tenho que fazer todas os pré-natais certinhos até para evitar complicações futuras, pra mim e pra ele. Outra coisa que está me aproximando do posto de saúde é o grupo. Acho muito legal. Apesar de pouco tempo e intervalo muito longo entre os encontros, fiz muita amizade com adolescentes e profissionais também.

Rza: Sempre procurei posto de saúde, consegui algumas, outras não por falta de vagas. Uma vez fiquei doente, procurei a emergência e eles me mandaram para HU, disseram que tinha acabado as vagas o médico não aceita atender mais... eu não tinha dinheiro e a minha mãe não estava em

casa voltei para casa e fui pedir remédio na vizinha. É complicado. Gosto da escola mas faltava muito, isso antes da gravidez imagina agora por isso que eu parei de ir mas assim que ganhar a criança volto ... só não gosto de algumas matérias mas a minha professora ensina bem.

Rxz: Eu sou a apaixonada pelo posto, aliás, fiquei por causa da minha irmã que também foi mãe adolescente. Acompanhava ela nas consultas. Agora ela vai fazer o meu papel. Tenho mais motivo agora de ir para o posto, o grupo ajuda muito e eu gosto de falar, o encontro de grupo podia ser mais vezes né?

Parei de estudar porque sinto muita tontura.

3. GRAVIDEZ E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA : UM DEBATE NECESSÁRIO

Como vimos, a gravidez e maternidade adolescência fazem parte das grandes preocupações da contemporaneidade, um fenômeno mundial que tem mobilizado de um lado, os esforços governamentais, não governamentais e logicamente os profissionais; por outro lado, os esforços da sociedade civil organizada no que cerne a publicação do crescimento do mesmo.

No Brasil, como já apontamos ,o fenômeno vem crescendo nos últimos anos e ganhando cada vez mais a visibilidade pública através de órgãos de comunicação social tais como: Relatórios, diagnósticos, jornais, revistas e programas de televisão, entre outros. Lê-se em todos eles, os diversos fatores que apontam os riscos físicos de uma gravidez nesta faixa etária, os riscos psíquicos dessa experiência, os prejuízos sociais para a jovem mãe, centrados principalmente no afastamento da vida escolar e no abandono de projetos futuros. No entanto, uma das grandes preocupações do governo brasileiro, através do seu representante legítimo para as questões da saúde pública, ou seja, o Ministério da Saúde destaca a gravidez na adolescência como um dos problemas a serem solucionados, uma “epidemia” que deve ser detida. Porém, o que se observa diante deste quadro dramático, é que apesar de toda publicidade midiática de discussões sobre formas de prevenção, o fenômeno não para de crescer. Nesse contexto é que o estudo sobre as gestantes adolescentes foi realizado, considerando por um lado, os dados da literatura sobre o tema e por outro a situação de vida das adolescentes residentes no bairro Saco Grande.

3.1 A gravidez e maternidade na adolescência X estatísticas

Segundo os dados do Ministério de Saúde, mais de 50% das adolescentes brasileiras entre 15 a 19 anos, com baixa escolaridade tem pelo menos um filho. Os dados de IBGE (Estatística do Registro Civil/1994), dão conta que 343.335 adolescentes de 15 a 19 anos tiveram filhos em 1994. Comparando esse número com a quantidade de nascimentos em 1976, houve um crescimento de 60%, sendo que a população em geral cresceu apenas 42,5% no mesmo período. Em 1998, no Brasil, foi registrado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) quase 700 mil partos de mães com idade entre 10 e 19 anos.

As informações sobre o comportamento sexual da população brasileira de 1999, indicam que a iniciação sexual tem acontecido cada vez mais cedo, em torno dos 15 anos de idade. De acordo com os dados do Ministério da Saúde, mais de 50% das adolescentes brasileiras de 15 a 19 anos, com baixa escolaridade, tem pelo menos um filho, sendo que entre 1993 e 1998, houve um aumento de 31% nos partos em meninas de 10 a 14 anos. Outro dado do Ministério, é de que o maior índice de mortes em recém-nascidos ocorre em famílias de classes populares, de mães adolescentes e, que não passaram por um acompanhamento pré-natal. Calcula-se que no Brasil, 20% do total de nascidos vivos, são de mães adolescentes entre 10 e 19 anos, correspondendo a um milhão de nascimentos.

Considerando tais dados, verificamos que as informações descritas nesse trabalho sobre a sexualidade, gestação e maternidade na adolescência confirmam e enquadram perfeitamente no quadro de estatísticas atuais, ou seja, o início da vida sexual das adolescentes estudadas gira em torno de 13-15 anos idade, e a maternidade 14 a 19 anos.

Porém, a gravidez na adolescência não é novidade nenhuma, se formos analisar o Brasil do século passado, ou ainda a própria família destas adolescentes (assunto abordado

mais adiante). No século passado, a faixa etária entre 12 e 18 anos não tinha o caráter de passagem da infância para a vida adulta. E as meninas de elite entre 12 e 14 anos estavam aptas para o casamento; não casá-las nessa idade era problemático para os pais uma vez que, após os 14 anos, começavam a se tornar velhas para procriar. As uniões dessas crianças eram abençoadas pela igreja. Portanto, esta constatação mostra o quanto a concepção de adolescência está atrelada não só a fatores físicos e psicológicos mas também a fatores econômicos que determinam o modelo de sociedade de cada época. (Promundo, ano).

Além disso, é importante considerar que constatamos também que neste grupo, que a gravidez na adolescência é um fato recorrente na história dessas famílias, à medida que mães e avós também foram mães adolescentes e se casaram ainda adolescentes. Que a preocupação relativamente às reações familiares sobre a gravidez dessas jovens, aconteceu muito mais em função das possibilidades econômicas existentes para as jovens famílias, do que por qualquer outro motivo (MIOTO,2002).

Nesse sentido, consideramos pertinente a discussão sobre a gravidez na adolescência efetuada por Stern (1997), onde, para o autor, as verdadeiras razões pelas quais a gravidez na adolescência é considerada como problema social não estaria relacionada ao aumento significativo das más condições de saúde e pobreza da população; mas sim, a maior visibilidade da população jovem (aumento da população jovem), a persistência das condições de pobreza da população, o padrão cultural de casamento precoce associado à falta de oportunidade para as mulheres e as mudanças sócio-culturais que modificaram o contexto normativo, que passou sancionar a gravidez na adolescência. Finalmente, as condições adversas que os jovens enfrentam, fazendo com que não possam arcar com o ônus de formarem uma família, ainda que estejam dispostos.

Segundo Miotto, (2002)

A discussão da questão referenciada no âmbito dos direitos reprodutivos e concentrada essencialmente no setor da saúde, tem proporcionado proposição de políticas e programas, de acordo com as proposições das conferências do Cairo e Beijing, voltados ao atendimento dos adolescentes neste setor, como é o caso do PROSAD (Programa de Saúde do Adolescente) no Brasil. Este programa tem como objetivo garantir aos adolescentes o acesso à saúde, com ações de caráter: multiprofissional, intersetorial e interinstitucional, na perspectiva de assegurar ao adolescente um atendimento adequado às suas características, respeitando as particularidades regionais e realidade local. Tem como áreas prioritárias de ação, o crescimento e desenvolvimento; a sexualidade; a saúde mental; a saúde reprodutiva; a saúde do escolar adolescente; a prevenção de acidentes; a violência e maus-tratos e a família.

Porém, a grande parte das adolescentes estudadas neste trabalho, não tinham conhecimento do PROSAD. Hubner (2000) apud Miotto (2002) afirma que embora programas dessa natureza tenham aumentado em toda América Latina e Caribe, eles são insuficientes e não contemplam a perspectiva de atenção integral.

3.2 Mudanças na vida das adolescentes

Para a psicologia, a adolescência corresponde a um período entre o final da terceira infância até a idade adulta. Este período é marcado por intensos processos conflituosos, com esforços de auto-afirmação. É também um período no qual ocorre uma grande absorção de valores sociais e a elaboração de projetos que levem à plena integração. Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência baseada no aparecimento inicial das características sexuais secundárias para a maturidade sexual, pelo desenvolvimento de processos psicológicos e de padrões de identificação, que evoluem da fase infantil para a

adulta, e pela transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia. Em ambas as definições, os fenômenos da transitoriedade nos aspectos físicos e psicológicos estão presentes como elementos inerentes. Mas não se pode deixar também de considerar que a forma de inserção da adolescência ou juventude na vida social adquire formas e importâncias diferenciadas ao longo da história, variando de sociedade para sociedade, de cultura para cultura e de acordo com o contexto econômico de cada época. Hoje, a sociedade atribui à faixa dos 12 aos 20 anos a atividade escolar e a preparação profissional, em um contexto de dependência econômica familiar. Nas entrelinhas, diz-se que é preciso atingir a maioridade, terminar os estudos, ter melhor trabalho e melhor salário, para só então estabelecer uma relação amorosa duradoura. Porém os dados sobre a questão nos tem mostrado o contrário, onde o crescimento do fenômeno rompe com essa trajetória estabelecida e emerge socialmente como problema e risco a ser evitado

Como aparece nos pressupostos do projeto Promundo,

a própria sexualidade dos meninos e das meninas jovens vê-se contrariada pelos projetos que a sociedade lhes impõe visando determinados fins. Por exemplo: a manutenção da reprodução dentro do marco da família; a necessidade de mão-de-obra qualificada em condições de participar da sociedade de consumo; e a intenção de conter a pobreza por meio da diminuição de nascimentos, sobretudo daqueles partos cujas mães sejam adolescentes pobres, na medida em que a pobreza exige, do Estado, assistência, políticas públicas de saúde, de educação, de habitação. (PROMUNDO/ECOS/PAPAI/Salud y Género, 2001).

Além disso, pesquisa recente tem apontado, que para muitos adolescentes, não existe uma relação direta entre gravidez e fim da juventude. Muitas famílias não vêem isso como uma ruptura social, e até mesmo, se solidarizam com a gravidez. Como já constatado por BORGES, (1999), para muitos [...] tornar-se mãe é algo desejado, mesmo quando a gravidez é

fortuita, proporcionando-lhes inegável reconhecimento no seio de sua família e da comunidade. No entanto, embora, não aparece de forma explícita nas falas das adolescentes que participaram deste trabalho, percebe-se uma certa satisfação, recompensa futura, se assim podemos dizer, apesar das dificuldades de aceitação relativa tanto à nível familiar como à nível comunitário. Então, segue parte da fala de uma delas que traz essa questão:

[...] Fiquei com muito medo. [...] a minha irmã foi mãe adolescente passou pela rejeição de toda família, amigos e vizinhos... foi muito falada mas agora todos conversam com ela e gostam muito da filha dela. As pessoas mais velhas a chamam para conversar, sair, por exemplo, ir às consultas e outras coisas. Ela e o meu pai ficaram amigos... e a menina é protegida dele, ninguém encosta o dedo (Rxz, 17 anos).

Uma gravidez na adolescência sem dúvida desencadeia fatores que representam um comprometimento individual com questões de diferentes ordens. Medo, insegurança, desespero, desorientação, solidão, são reações muito comuns, principalmente no momento da descoberta da gravidez.

Senti muito medo, não só de como explicar para minha mãe o que aconteceu depois de tantas promessas, mas também de não dar conta[...]

Porém, não se pode ter uma falsa idéia de que toda gravidez na adolescência seja

inconseqüente e desastrosa. E qualificar toda gravidez na adolescência como indesejada é, no mínimo, lançar um olhar parcial e equivocado sobre a questão. Pode-se observar que muitas mulheres que engravidaram na adolescência fizeram-no porque desejavam um filho nesse período da vida. Também não há um único motivo para a gravidez na adolescência, como não há um único motivo para qualquer gravidez. Tanto a gravidez pode ser fruto da vontade, quanto da falta de informação sobre sexualidade, saúde reprodutiva e métodos contraceptivo. Isso constatamos neste estudo, pois algumas adolescentes engravidaram usando um tipo de método anticoncepcional sob as orientações da Unidade de Saúde. Um fato importante e que chama atenção é que podemos observar os dois motivos na fala da Txz:

Eu engravidei usando o método anticoncepcional... e fazia tudo como fui orientada a fazer. Eu o meu marido, a gente queria o nenê, mas tínhamos pensado mais para frente, porque ele estava desempregado e eu estou cuidando do meu pai, que é alcoólatra, quero arruma um tratamento para ele, mas não aceita que ele é...Entendesse?

A gravidez também pode estar relacionada com aspectos comportamentais, como a inabilidade da jovem para negociar o uso do preservativo com o seu parceiro, ou ainda com a falta de preocupação do rapaz em praticar sexo seguro, evitando uma possível gravidez. Muitos homens esquecem-se que a contracepção e a prevenção das DST/Aids não são questões que pertencem exclusivamente ao universo feminino: em um relacionamento, as decisões e a responsabilidade sobre a saúde sexual e reprodutiva são de ambos. Vale frisar a importância de conhecer mais de perto a realidade que envolve a questão da gravidez na

adolescência. Há questões muito complexas que merecem atenção especial para serem compreendidas: por exemplo, que existe uma associação entre violência doméstica, violência de gênero e desinformação, pois acreditamos que informar não garante o uso correto de alguns métodos, considerando características apontadas em quase todas as pesquisas, como a baixa escolaridade, situação de pobreza, baixa auto-estima, entre outros. Isso se evidencia no caso das adolescentes estudadas, onde alguns planejaram e outras não planejaram a gravidez e mais, algumas engravidaram usando algum tipo de método anticoncepcional.

Desta forma, faz-se necessário questionarmos, de que tipo de informações e de que atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dispõem estas adolescentes que engravidam? E os adolescentes, que lugar ocupam nessa história? Que possibilidade de acesso têm os e as adolescentes de disporem de métodos contraceptivos? Os serviços disponíveis dão conta das demandas ou, o Estado tem cumprido com as suas obrigações firmadas na Constituição, na LOAS e no ECA?

São estas e outras questões de diferentes ordens que ampliam a possibilidade de conhecimento e permitem desenhar propostas efetivas e adequadas de intervenção.

Pois, não se pode esquecer que os motivos que levam a jovem a engravidar são vários e devem ser ouvidos e discutidos. Há diferentes situações e a interpretação depende da capacidade de se lidar com a questão, e momentos como esses, exigem uma atenção especial e apoio tanto da família como dos profissionais que lidam com essa questão. Porque é preciso ter muita habilidade e competência no uso das tecnologias leves e leve-duras para garantir a eficiência da intervenção fora dos nossos valores e princípios. Apoiar e compreender a adolescente que engravida e seu parceiro, criando possibilidades destes continuarem a desempenhar as suas atividades, não significa estimular a gravidez entre adolescentes, mas

criar condições para que esse processo não resulte em problemas físicos e psicossociais.

Assim, pode-se afirmar que a gravidez e maternidade na adolescência, dependendo da família onde ela acontece, principalmente na família de camada popular, ela em si não corresponde um problema, mas sim uma satisfação emocional e social². Porém, pode-se dizer que é problema sim, a condição de vulnerabilidade social que estas e milhares de famílias se encontram atualmente. Condição esta, imposta pelo enxugamento de Estado de Bem Estar Social, embora, muitos estudiosos do sistema da Seguridade Social no Brasil, alegam que nunca existiu o Estado de Bem Estar Social, mas preferimos esta nomenclatura para referir à Constituição Federal de 1988,³ que trouxe uma nova perspectiva de proteção social brasileira e que no emergir dos anos 90, viu-se dominado pela lógica do mercado.

Segundo Pastorini (2003), a passagem dos anos 80 para os 90 foi um marco de inflexão na realidade política, econômica e social brasileira. Período denominado pelo autor de conjuntura de crise, pois por um lado, evidencia-se uma mudança na própria trajetória das políticas sociais no Brasil e, especificamente, uma clara ruptura com a forma tradicional de pensar a assistência social, atrelada à filantropia, à benemerência e à caridade. Por outro lado, é neste mesmo momento histórico, que começam a ser implementadas no país, as políticas de ajustes macroeconômicas neoliberais que impedem a concretização de muitos dos avanços previstos na Constituição Federal, na LOAS e no ECA, dificultando o processo que estava em

² **A satisfação emocional:** tomado aqui como condição de sentir-se reprodutora ou de gerar um filho, trazer para este mundo uma vida e assim poder confirmar a sua feminidade como testar os seus instintos maternos.

A satisfação social: tomado como o reconhecimento social tanto no seio familiar como no da comunidade. A questão dos status sociais.

³ Estado de Bem Estar Social subsidiado na Constituição Federal de 1988 que institui o sistema de Seguridade Social que passa a compor o tripé da proteção social, isto é, a unificação das três grandes políticas em dois vertentes a saber: uma contributiva, caso da previdência social e outro, distributivo caso da saúde- incondicional e assistência social-condicional à incapacidade de subsistência, isto é, para os miseráveis pois tens que comprovar que a renda per capita das pessoas que moram na sua casa dividido pelos os mesmos é inferior a um quarto do

andamento e buscava estruturar um sistema de proteção social pública e unificado. Esta autora salienta ainda que:

Foram várias as estratégias utilizadas para discutir a implementação dos preceitos constitucionais: muitos de seus artigos não foram regulamentados e outros foram desregulamentados; apresentam-se as propostas de reforma constitucional (começando pela de 1991), emendas constitucionais, assim como edição e reedição de medidas provisórias[...] (PASTORINI, 2003, p.210).

Essa inflexão nos remete a outra discussão muito importante, no que cerne os suportes assistenciais no contexto neoliberal e que achamos pertinente problematizar aqui.

3.3. A proteção social das adolescentes

O trabalho e o estudo sobre a situação social das adolescentes gestantes, através do acompanhamento sistemático, mostraram que o suporte assistencial, de natureza pública, concentra-se basicamente no atendimento à saúde. Todas realizam o pré-natal e são acompanhadas através da equipe de PSF.

As informações descritas acima, colocam em cheque a própria constituição em seu artigo 226 que diz: *A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.*

Entretanto, a família é uma das instituições mais afetada por este espectro neoliberal que vem em contraposição às conquistas garantidas constitucionalmente.

Espectro este, pautado na lógica do mercado, onde o Estado deve intervir só nas situações extremas de calamidade pública ou de vulnerabilidade social gravíssima, isto é,

intervindo só nas situações de riscos, ficando cada vez mais residual e seletiva na definição das políticas sociais, aumentando o contingente dos excluídos e os que não entram nas estatísticas dos excluídos, por não pertencerem a esta classificação, ou melhor dizer os “desajustados” da vida social.

Sabe-se que estes problemas são seculares, heranças deixadas pelos colonos portugueses, em nome da civilização e evangelização dos “ditos” povos primitivos ou selvagens e a naturalização da pobreza tendo-a como punição divina e como questões emergentes da estrutura, da agressão aos diferentes e a escravidão. No entanto, percebe-se um grande esforço dos sucessivos governos, desde a ditadura no que cerne à garantia dos direitos sociais, cada um da sua maneira. Estes projetos, que no final dos anos 80 se fundiram em um grande projeto, chamado Carta Magna, ou seja, a Constituição Cidadã de 88. Apesar dos avanços a nível macro, isto é, da Constituição Federal e posteriormente da Lei Orgânica de Assistência Social-LOAS e Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA, considerado uma das mais completas leis e recomendado pela ONU como modelo aos outros Países, o sistema de proteção social brasileiro deixa ainda muito a desejar. Isso se evidencia nas diferentes atitudes e orientações, marcadas pela lógica de clientelismo e de favor e estimuladora do atendimento residual e focalista às demandas sociais, minam o reconhecimento dessa política como pública, inviabilizando assim as prerrogativas constitucionais.

O trabalho junto às adolescentes gestantes, através do acompanhamento sistemático durante seis meses de estágio curricular obrigatório, mostrou que o suporte assistencial, de natureza pública, concentra-se basicamente no atendimento à saúde, conforme as falas descritas acima. Todas realizam o pré-natal e são acompanhadas através da equipe de PSF.

Percebe-se um engajamento da parte das adolescentes no tocante os cuidados com a

gestação e com seus futuros bebês. Porém, observa-se que, há uma grande preocupação das mesmas no puerpério.

Algumas apontam como problemas, falta de creches de tempo integral para deixar seus bebês e outras insatisfações com a assistência médica relativamente aos critérios de atendimentos adotados pelos próprios médicos e outras vão além destas, apontando a falta de emprego específico para os jovens/adolescentes e os critérios de acesso aos programas e projetos sociais desenvolvidas no bairro.

Kaz (17 anos): Uma vez fiquei doente procurei a emergência eles me mandaram para HU disseram que tinha acabado as vagas o médico não aceita atender mais... Eu não tinha dinheiro e a minha mãe não estava em casa voltei para casa e fui pedir remédio na vizinha. É complicado.

Realmente, práticas como estas comprometem a saúde de milhares de usuários, que por critérios pessoais de alguns profissionais, trazem transtornos graves como automedicação sem orientações ou prescrição médica.

De modo geral, as adolescentes relatam que procuram atendimento de saúde com mais frequência por causa da gravidez. Antes da gravidez apenas procuravam atendimentos médicos do bairro, em caso de extrema necessidade. Isso devido às dificuldades encontradas para conseguir consultas ou uma simples orientação.

Eu engravidei usando o método anticoncepcional. Quando percebi que a coisa não estava certa, procurei o posto. Disseram que eu tinha que marcar a consulta para falar com a enfermeira ou médica.

Uma das adolescentes questionou „ *dizem que temos direito “?... mas não sei que direito é esse.*

De fato, é pertinente o desabafo da adolescente, pois dentre elas, só três tinham conhecimento do PROSAD (Programa de Saúde do Adolescente) e apontam inúmeras dificuldades de acesso, conforme a fala de uma delas:

Eu já fui atendida lá. Era pra voltar, mas não fui por falta da passagem e não dá pra ir a pé.

Além do suporte assistencial oferecido pelos serviços de saúde, que atende basicamente às questões clínicas, pode-se dizer conforme Miotto (2002), que as adolescentes referenciam também a escola e outros projetos, como um suporte assistencial importante quanto às informações sobre sexualidade, métodos anticoncepcionais, consciência comunitária e ecologia.

A inexistência de suportes assistenciais que envolvessem estas adolescentes, faz com que a maioria delas abandonam atividades e as salas de aulas. É importante frisar que uma das adolescentes relatou que não abandonou as salas de aula porque no colégio em que ela estudava, há um projeto desenvolvido pela diretoria da mesma para evitar a evasão escolar das adolescentes gestantes.

Não vou parar de estudar porque no colégio onde eu estudo tem um projeto da diretora que estimula a continuidade das atividades (aulas), até aos sete meses depois a escola envia as atividades de aula para fazer em casa. Esse projeto é muito bom.

Além desse trabalho inédito, para não dizer pioneira, dentre milhares de escolas que se deparam cada vez mais com a questão da gravidez na adolescência, não há qualquer tipo de suporte para as adolescentes poderem freqüentar as aulas durante a gestação e no puerpério.

Enquanto isso, as adolescentes contam com a ajuda dos familiares, mãe, sogra e até da vizinha para deixar seus bebês devido a ausência de vagas, além das dificuldades de acesso e critérios para deixar a criança na creche, onde é necessário que a mãe apresente o comprovante de que está trabalhando. Situações como essas e outras que não aparecem aqui, nos colocam de frente com o passado, pois a refilantropização da assistência, os direitos convertidos na caridade, onde as pessoas passam a contar com a boa vontade dos parentes e vizinhas para os cuidados por falta de atuação efetiva do Estado e a precariedade dos serviços, passando a responsabilidade à família e à sociedade civil.

3.4. A Gravidez e Maternidade na Adolescência: Ausência do Estado e à dependência familiar

Através da análise realizada, constatamos que existe uma dependência das adolescentes aos cuidados familiares e estas por sua vez, sem cuidados efetivos por parte das políticas públicas. O avanço incontrolável da pobreza e a queda crescente do poder aquisitivo das famílias, conseqüentemente, a queda da qualidade de vida destas, acrescida de uma sobrecarga de tarefas e exigências do cotidiano tem implicações diretas na vida das mesmas e sobre as jovens famílias. A ausência estatal no cumprimento das suas responsabilidades vem aumentando cada vez mais, contrariando as legislações e repassando as suas responsabilidades à sociedade civil e à família.

Essas constatações, nos levam a concordar com MIOTO (2002), e outros autores ao

reafirmar a idéia que os riscos associados à gravidez na adolescência, estão muito mais relacionados aos problemas de acesso a serviços de saúde, ausência de rede de proteção, situação de pobreza das mães que as condições fisiológicas e psicossociais próprias da adolescência. A realidade que se apresenta, nos colocam diante de uma questão séria evidenciando a complexidade do fenômeno, e aponta para as ambigüidades entre a proteção da maternidade adolescente e o descaso público para com as famílias.

Para Mioto, (2002) a concentração da discussão no âmbito da saúde, sem a perspectiva da intersetorialidade somado ao investimento maciço apenas na questão da contracepção, tem contribuído para a persistência de uma omissão generalizada das políticas públicas em relação ao futuro das mães adolescentes, ou seja ao futuro dessa jovem família.

Como se evidência através dos relatos das adolescentes, os cuidados e a manutenção da nova família, depende única e exclusivamente da solidariedade familiar. Desde a alimentação, moradia e os cuidados posteriores com a criança. Isto coloca em evidência a contraditória parceria entre família e Estado, relacionada especialmente a proteção dos adolescentes e da maternidade.

Contradição essa que segundo Mioto (2002), foi construída ao longo do tempo, e está calcada na idéia da família como um espaço natural de cuidados e que independente do lugar onde se localiza no espaço social deve cumprir as tarefas que lhe são socialmente delegadas, como o cuidado e proteção de seus filhos. Ainda afirma autora que a maternidade sempre foi considerado um problema privado e, portanto pertencente ao âmbito familiar. No entanto, os casos que merecem atenção do Estado são, somente aqueles que nem a família e nem o mercado (via trabalho) puderam dar conta.

Mioto (2002) aponta como exemplo disso a Lei Orgânica da Assistência Social no Brasil que, mesmo definindo a Assistência Social como direito do cidadão, com objetivo de proteção da família, maternidade, infância, adolescência e velhice, prevê esse direito a partir do momento que a família não pode fazer frente às necessidades de seus membros. A concessão de qualquer auxílio sempre passa pela averiguação dos recursos familiares.

A realidade das famílias de modo geral e particularmente das estudadas e descritas sumariamente neste trabalho coloca em xeque a própria Constituição Brasileira e principalmente, o ECA, no artigo 4º que dispõe sobre o dever compartilhado entre a família, a comunidade, a sociedade em geral e ao poder público de efetivar os direitos da Criança e do Adolescente. Ou seja, a falta de políticas públicas que dêem suporte às famílias principalmente, o descaso do Poder Público Municipal para a questão da educação, tem preocupado muito as futuras mães e seus familiares, as creches têm como critério de acesso a comprovação de que a mulher/mãe esteja trabalhando, contrariando os dispositivos do Estatuto da Criança e do Adolescente e dificulta o acesso dos filhos das mães adolescentes que precisam de vaga na creche para deixar a criança e assim, poder ingressar no mercado de trabalho, aliás, procurar o emprego e aí sim, ingressar ao mercado de trabalho. Percebe-se que para essas famílias, a questão não se resume só a conseguir vaga na creche, mas também uma forma de garantir a própria subsistência. Pois na situação de vulnerabilidade social que essas famílias se encontram, as creches aparecem como um dos recursos de garantia da alimentação das crianças, como mostra este depoimento:

Eu participava do projeto lá no COMOSG e gostava muito, porque tínhamos refeições e a mãe não precisava preocupar com a comida; a única coisa que achava ruim é sábado e domingo porque a gente ficava em casa e devorava

tudo que a mãe conseguiu economizar durante a semana,,.Outra coisa que eu gostava é levar a minha irmã lá no posto de saúde no Programa Hora de Comer, a gente ganhava muita coisa para comer (Ffz 16 anos).

[...] Mas para isso preciso ter onde deixar o meu filho, creche de tempo integral para poder trabalhar e estudar ao mesmo tempo [...] O que me preocupa muito é a vaga na creche. É muito difícil conseguir porque pedem o comprovante de emprego (FFfz 17anos).

As informações e os dados obtidos tanto nos estudos preliminares, encontros mensais com as adolescentes e os relatórios de visitas domiciliares, quanto ao espaço de convivência destas, nos permitiram realizar as seguintes observações em relação aos condicionantes culturais que incidem de maneira contundente na vida dessas adolescentes, nas relações que estabelecem com a família e com a comunidade onde vivem. Constata-se a convivência de duas lógicas a moderna e a tradicional isto é, a maioria destas adolescentes acha que a mulher não tem que depender do homem-a lógica igualitária, perpassando as relações expressas pelas mesmas, onde as representações de masculino e feminino não estão delimitadas nos papéis exercidos socialmente por homens e mulheres, ou seja, as mulheres transitam pelas representações dadas como masculinas como também o homem transita pelas representações dadas como femininas. E outro lado, percebe-se que ainda existe a concepção tradicional da família, ou seja, o modelo hierárquico onde as representações de masculino e de feminino são bem delimitadas: o homem é o pai, marido e provedor e a mulher é a mãe, esposa, submissa, a ela cabe a responsabilidade de educar e cuidar dos filhos e da casa (Figueira, 1986). Para Sarti (1996) na família pobre as relações entre seus membros seguem um padrão tradicional de

autoridade e é uma questão de ordem moral a subordinação dos projetos individuais aos familiares e a insistência na hierarquia.

Apesar destas adolescentes realizarem um desenho pautado na lógica moderna (igualdade e o individualidade) elas têm pouca possibilidade de se efetivar devido à falta de aparato estatal que dê conta da assistência integral, através de programas, projetos e ações que respondam a outros condicionantes além da saúde estrito senso. Pois este não é um conceito abstrato. Há necessidade da incorporação nos serviços de saúde da concepção que a saúde é:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (ANAIIS da 8ª CNS. Brasília, 1987).

Se a saúde é tudo isso, é também cultura e portanto é preciso considerar as formas de vidas de certos segmentos sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de proferirmos algumas considerações, gostaríamos de compartilhar a nossa aproximação com o tema. O desafio foi e continua sendo imenso, mas as recompensas do ponto de vista acadêmico, do crescimento e da prática desta vivência superaram todas as dificuldades, os preconceitos de lidar com algumas teorias que tivemos acesso durante esse percurso árduo, porém indispensável para a compreensão de qualquer fenômeno.

Como vimos, a palavra adolescente surgiu em meados do século XX, precisamente em 1904 nos Estados Unidos de América quando o psicólogo americano G. Staley Hall lançou um livro intitulado “Adolescence: Its Psychology and Education”. No Brasil a temática ganhou mais visibilidade pública com o dispositivo da constituição federal de 1988 posteriormente regulamentado pela lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. E no art. 3º diz que - A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. O art. 4º diz que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Porém, o que temos assistido ultimamente é nada mais, nada menos que ausência do Estado face às suas responsabilidades.

Se a criança e o adolescente gozam do disposto no art.3º do ECA e uma adolescente estando grávida, merece os cuidados dobrados. Por isso, acreditamos que a questão da maternidade e da paternidade na adolescência, remete a uma discussão mais ampla, considerando as peculiaridades desta fase em transição simultânea e nos contextos nas quais estão inseridos. Como diz Stern (1997), as verdadeiras razões pelas quais a gravidez na adolescência é considerada como problema social, não estaria relacionada ao aumento significativo das más condições de saúde e pobreza da população, mas a maior visibilidade da população jovem (aumento da população jovem), a persistência das condições de pobreza da população, o padrão cultural de casamento precoce associado a falta de oportunidade para as mulheres, as mudanças sócio-culturais, que modificam o contexto normativo, que passou sancionar a gravidez na adolescência. Finalmente as condições adversas que os jovens enfrentam, fazendo com que não possam arcar com o ônus de formarem uma família, ainda que estejam dispostos.

Entende-se a gravidez como uma fase da vida que não depende da idade da mulher e portanto, pode ocorrer a qualquer momento desde de que haja as condições fisiológicas e ambientais apropriadas para propiciá-la. Portanto, não existe uma única explicação ou um único motivo para a gravidez na adolescência, como não há para qualquer gravidez. Tanto a gravidez pode ser fruto da vontade desejo de uma realização pessoal e/ou pode representar a possibilidade de reconhecimento não apenas no seio familiar, mas também entre os amigos, vizinhança e a comunidade, ou ainda fruto de falta de informação sobre métodos contraceptivos. BORGES, 1999; SARMENTO, 1990 e PROMUNDO, 2001.

Por quaisquer que sejam os motivos, os adolescentes precisam de um cuidado especial, políticas públicas que garantam espaços onde estes podem discutir as especificidades

que lhes dizem respeito e desenvolverem as suas potencialidades. Assim atender os adolescentes numa perspectiva de integralidade, é condição essencial para efetivar os direitos assegurados na legislação nacional, internacional e as recomendações das conferências de Cairo e de Beijing.

Nessa direção, os programas para adolescentes abordando sexualidade, gravidez, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e Aids devem, antes de tudo, levar em conta os aspectos sociais, culturais e econômicos do país em que se inserem. Além disso, é preciso ouvir, aprimorar a escuta, valorizar os sentimentos e preocupações dos jovens para conhecer o mundo dos(as) adolescentes: as pressões e os constrangimentos podem nos dar pistas das dificuldades que eles(as) enfrentam na hora de optar por usar método anticoncepcional e dos entraves para a negociação do métodos entre parceiros. A gravidez na adolescência tem sido vista e tratada como uma questão exclusiva do universo feminino. São poucas as agendas que relatam experiências de pais adolescentes.

Assim sendo e com base nos atores⁴ que susbíaram esta discussão - e pensando que a qualidade da atenção que é dada aos adolescentes (as) jovens repercute intensamente sobre suas vidas, incluindo decisões futuras sobre a sua sexualidade e comportamento reprodutivo, os serviços devem pautar-se na perspectiva da atenção integral, superando o enfoque clínico; recomenda-se:

⁴ Estas considerações foram inspiradas nos seguintes materiais:

Seminário Gravidez na Adolescência. São Paulo: Associação Saúde da Família, 1998
Caderno Paternidade e Cuidado/PAPAI. Projeto H: série Trabalhando com Homens Jovens. São Paulo: PROMUNDO/ECOS/PAPAI/Salud y Género, 2001.

- ⑩ Reafirma a importância da política de atenção integral aos adolescentes considerando a heterogeneidade existente, inclusive dentro da faixa etária (10 a 19 anos, na definição da OMS), e de jovens (15-24 anos, idem), e propor estratégias diferenciadas que privilegiem os grupos de maior vulnerabilidade (Promundo, 1998).
- ⑩ Incrementar políticas de atenção que aumentem o acesso a serviços de promoção geral à saúde reprodutiva e a métodos que promovam o sexo seguro e a dupla proteção.
- ⑩ Implementar políticas que abram oportunidades para atividades produtivas, educativas e recreativas visando a ocupação do tempo livre e mudanças de estilo de vida, decorrentes da maternidade e da paternidade.
- ⑩ Trabalhar as políticas públicas na perspectiva da construção da integralidade para evitar a fragmentação das ações relacionadas à gravidez, maternidade e paternidade na adolescência.

Atentar para: inclusão de temáticas relativas à saúde e sexualidade na adolescência; articular os projetos educativos sobre a saúde reprodutiva nas escolas; garantir os cuidados da criança (creches, etc.) para que as mães possam continuar na escola; articular projetos de educação sexual nas escolas com retaguarda nos serviços de saúde; disponibilizar métodos contraceptivos para os e as jovens, criar condições para gestantes adolescentes e seus parceiros favorecendo seu acesso a projetos; e implementar projetos comunitários que ofereçam atenção integrada aos adolescentes e aos seus familiares (saúde, reforço escolar, esportes, profissionalização, etc.).

- ⑩ Capacitar profissionais especialmente das áreas de saúde e da educação, para que se sintam preparados a desenvolver ações educativas e estabelecer uma comunicação interpessoal baseada na comunicação horizontal de escuta e de respeito aos valores e atitudes dos(as) jovens. Além disso, é necessário, que os programas incluam as discussões sobre gênero.
- ⑩ Finalmente, nos casos em que os(as) adolescentes optarem por serem pais ou mães precocemente - contrariando as expectativas de adultos, pais e profissionais, que imaginam, “desejam” que tudo seja organizado por etapas: escolarização, profissionalização, trabalho, casamento, filhos –oferecer atenção de igual forma, partindo do pressuposto de que a tarefa de profissionais principalmente Assistente Social no desempenho das suas funções é construir junto com o jovem a sua autonomia e operacionalizar os direitos da cidadania.

REFERÊNCIAS

ALMANAQUE, **Os fatos que marcaram 2003**, publicação/2004 ed. Abril.

ALVES, Francielle Lopes. **Participação e Gestão Democrática das Políticas Públicas: inserção e os desafios do trabalho do Assistente Social nos conselhos de saúde.**

Monografia. Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

ALVES, F. L. et al. **Estagio curricular na Unidade Básica de Saúde do Saco Grande em Florianópolis/SC: uma experiência de integração de ensino, pesquisa e extensão.** Ed mimeo/UFSC, CSE/DSS. 2003.

ALVES, Francielle Lopes e LIMA, Telma Cristiane Sasso. *Apud* LOPES, Arminda Helena **Relatório de estagio curricular obrigatória na Unidade Básica de Saúde do Saco Grande.** Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da família.** 2.ed Guanabara. Rio, 1981.

ÁVILA, M. B. **Direitos Reprodutivos, exclusão social e AIDS.** In BARBOSA, R. M.

ABERASTURY, Arminda et al. **Adolescente.** 6.ed Porto Alegre: Artes Médicas 1990.

BAENINGER, R., 1999. Demografia da população jovem. In: **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento** (N. Schor, org.), v. 1, pp. 19-29, Brasília: Ministério da Saúde.

BORGES, R. **Gravidez na adolescência e Reconhecimento Social:** Estudo de caso entre adolescentes grávidas no bairro Saco Grande/Monte Verde, zona urbana de Florianópolis, SC/Florianópolis, 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** Texto Constitucional de 5 de outubro de 1998-alterações EC de nº 1, de 1992, a n. 31 de 2000/ EC de Revisão de n. 1 a 6 de 1994. 16. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, coordenação de publicações, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** 2ª ed. Brasília: 1998.

BUENO, G. DA. M. **Dissertação De Mestrado.** Um Estudo Sobre As Variáveis De Risco Para A Gravidez Na Adolescência Disponível No Site:

[HTTP://WWW.VIRTUALPSY.ORG/INFANTIL/GRAVIDEZ.HTML](http://www.virtualpsy.org/infantil/gravidez.html)

CONSELHO FEDERAL DE ASSISTENTES SOCIAIS- CRESS. **INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE.** BRASÍLIA: ED MINEO.

COUTO, B. R. O processo de trabalho do assistente social na esfera municipal. **Capacitação**

em Serviço Social e política social. Mód. 2: Reprodução social, trabalho e Serviço Social. Brasília: UnB/CEAD, 1999.

DABO, M.M. Morte Materna: Estudo Descritivo da sua Dimensão na Guiné-Bissau-(África). **Monografia.** Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

FIGUEIRA, Sérvulo Augusto. O “moderno” e o “arcaico” na família brasileira: notas sobre a mudança social. FIGUEIRA, S. (org). **Uma Nova Família? O moderno e o arcaico na família de classe média brasileira.** Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

FURLANETTO, Cleidiamar Aparecida. **O Acesso a Medicamentos no Âmbito do Sistema Único de Saúde: demanda para o Serviço Social.** Monografia. Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004/2

<http://www.virtualpsy.org/infantil/gravidez3.html>. Acesso em 06/03/2003.

http://portalweb02.saude.gov.br/saude/aplicacoes/links/link_categoria.cfm?cat=32. Acesso em 15/10/2004.

<http://www.rebidia.org.br/>. Acesso em 15/10/2004.

<http://www.polis.org.br/publicacoes/dicas/181344.html>. Acesso em 14/09/2004

<http://www.ibge.gov.br>

KAHHALE, E.P. Assistência Multiprofissional A Adolescente Grávida: Dificuldade Somato-Psico-Social. **Revista De Ginecologia E Obstetrícia**, 1997.

LANGER, M. Maternidade E Sexo. Tradução de FOLBERG, M.N. Professora da UFRGS. Mestre em Acolhimento Psicopedagógica 2ª ed. Artes Médicas. 1986. Porto Alegre.

LEININGER, M. M. Transcultural Nursing: quo vadis (where goth the field?). **Transcultural Nursing. Conference, 11 Menphis**, 1985.

LIMA, Telma Cristiane Sasso. A intervenção profissional do Serviço Social no contexto da cidadania e dos direitos: pensando as ações sócio-educativas. **Monografia:** Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério** São Paulo: Saraiva, 1997.

MIOTO; R.C.T. **O trabalho com redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços.** In: Revista Katálysis, vol.5. Florianópolis: EDUFSC, 2002.

_____. Reconstruindo o Processo: a construção de uma outra cartografia para a intervenção profissional dos assistentes sociais com famílias. **Projeto de Pesquisa.**

Florianópolis: Ed mimeo/UFSC, 2002.

_____. Maternidade na adolescência, famílias e políticas públicas: o retrato do Estado Mínimo. **Artigo conferência internacional família Chile, 2002.**

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL, da Saúde. **Saúde reprodutiva de adolescentes: uma estratégia para ação.** Genebra: OMS/FUNAP/UNICEF, 1989.

OSÓRIO, Luiz Carlos. **Adolescente hoje.** 2. ed Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

* OUTEIRAL, José Ottoni. **Adolecer: estudos sobre adolescência.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

PASTORINI, A. Intervenções Públicas para Atender a Pobreza e o Assistencialismo na Era FHC. Ser Social nº 12, **Revista do Programa de Pós- Graduação em Políticas Sociais Departamento de Serviço Social, 2003.**

REIS, A.O. Discurso da Saúde Pública sobre a adolescente grávida: avatares **Tese de doutorado.** Universidade de São Paulo, 1993.

SARMENTO, S.R. C. Gravidez na adolescência: amor, busca desencontro. **Dissertação de Mestrado,** Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, S.P. 1990.

SARTI, C. A.. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres.** Campinas: Autores Associados, 1996.

STERN, C. El **embarazo en la adolescencia como problema público: una vision crítica.** In *Salud Pública de México*, vol.39, n 2. 1997

TAKIUTI, A. D. **A saúde da mulher adolescente.** In: F. R. Madeira (org), Quem mandou nascer mulher? Rio de Janeiro. Record/Rosa dos Tempos 1997.

VELHO, M. T. A. DE C. **gestação na adolescência: um marco na construção de vida de ser-mulher. tese de doutorado.** departamento de enfermagem. universidade federal de santa Catarina. Florianópolis, 2003.

* WAJMANN, M. S. R. et al. Gravidez na adolescência: aspectos psicossociais. In: **Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro.** Brasília: s. ed. 1988, pg 89-99

* WONG, L.L.R. & MELO, A. V. Gravidez na adolescência. *Revista São Paulo em Perspectiva*, 1987.

www.uol.com.br/psicopedagogia/artigos/gravidez.htm: acesso em 25/09/2004.

www.orchd.fl.us/YOUTH/youthr.html: Acesso em 06/04/2003

www.planetabrasil.com.br/gravidez.htm. Acesso em 18/ 05/2004

www.geocities.com/Heartland/Plains/8436/gravidez.html. Acesso em 16/11/2004.

ZAGONEI, I. P. S. O ser adolescente gestante em transição ex-sistindo : um enfoque de cuidar pesquisar sob a ótica da enfermagem. Tese de doutorado Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1998.